مراقبتهای ادغام یافته تیم سلامت

برای ارائه خدمات رده سنی 5 تا 18 سال

(ویژه غیر پزشک)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس

به نام خداوند بخشنده مهربان

فهرست

عنوان	صفحه
مقدمه.....	
آشنایی با مجموعه	
مراقبت های رده سنی 5 تا 18 سال	
مراقبت از نظر واکسیناسیون	
مراقبت از نظر بینایی	
مراقبت از نظر شنوایی	
مراقبت از نظر وضعیت قد برای سن	
مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی برای سن	
سوالات غربالگری تغذیه ای و دستور عمل نحوه امتیازدهی الگوی تغذیه	
مراقبت از نظر پوست و مو (پدیکلوزیس)	
مراقبت از نظر پوست و مو (گال)	
مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان	
مراقبت از نظر ابتلا به سل	
مراقبت از نظر ابتلاء به آسم.....	
مراقبت از نظر سلامت روان	
مراقبت از نظر سلامت اجتماعی	
ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد	
مراقبت از نظر فشار خون	
ارزیابی عوامل خطر ژنتیک	
فوریت ها	
راهنماها و توصیه ها	
راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن.....	
راهنمای مراقبت از نظر شنوایی و سنجش شنوایی با آزمایش نجوا.....	
توصیه های تغذیه ای و تغذیه در دوران بلوغ	
هپاتیت B و C	
راهنمای دهان و دندان.....	
راهنمای بررسی از نظر سل ریوی.....	
راهنمای آسم.....	
سوالات غربالگری در حوزه سلامت روان.....	
راهنمای ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد....	
راهنمای فلوچارت ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه.....	
توصیه های فعالیت بدنی	
راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ	
توصیه های ایمنی	
راهنمای پیشگیری از حوادث ترافیکی	
راهنمای ارزیابی عامل خطر ژنتیک.....	
مراقبت از فرد مبتلا به بیماری های ژنتیک و مادرزادی	
ضمائم	
نمودار استاندارد قد برای سن دختران	
نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) دختران	
نمودار استاندارد قد برای سن پسران	
نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) پسران	
جدول طبقه بندی فشارخون در دختران	
جدول طبقه بندی فشارخون در پسران	

مقدمه :

مطابق اصول 29، 43 و بند 12 اصل 3 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران *برنامه‌ریزی برای سلامت همه افراد جامعه* یکی از مهم‌ترین وظایف دولت است. از اینرو توجه خاص به نیازمندی‌های ویژه گروه‌های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می‌باشد. به علاوه تاکید مقام معظم رهبری در بند 2 سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم، ضرورت تغییر دیدمان سنتی درمان‌محور و تک‌بعدی‌نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چندبعدی بوده و همواره بر تحقق تؤاماً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می‌شود، ایجاب می‌کند.

از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که حدود 40 درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه‌سازی اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌های حوزه سلامت نوجوانان و جوانان به ویژه گروه سنی 18-5 سال را با اتخاذ رویکرد بین‌بخشی و کل‌نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می‌نماید.

در واقع هدف اصلی از تدوین چنین بسته ای ، تجمیع و تدوین مجموعه‌ای منسجم و یکپارچه از اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ها ی علمی با رویکردی همه‌جانبه به سلامت نوجوانان بوده است. در این راستا تیم دست‌اندرکار بسته خدمت سعی نمود تا با حداکثر بهره‌گیری از ظرفیت‌های موجود در بدنه کارشناسی کشور و با مشارکت تمامی دستگاه‌ها و نهادهای دست‌اندرکار در حوزه تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت نوجوانان در کنار استفاده از شواهد علمی و تجربی متقن و معتبر در داخل و خارج از کشور نسبت به تدوین بسته مذکور اقدام نماید.

از دیگر اهداف تدوین بسته پیش‌رو، یکپارچه نمودن تلاش‌های صورت‌گرفته در حوزه سلامت نو جوانان و یکسان‌سازی تمامی مطالب علمی مراکز/دفاتر وادارات که هر یک به نوعی تلاش نموده بودند تا به جنبه‌ای از سلامت نو جوانان پرداخته و با ارائه مجموعه توصیه‌هایی زمینه ارتقاء سلامت آن‌ها را فراهم آورند.

امید آن است که بسته مذکور بتواند با مشارکت بی‌وقفه و مستمر تمامی همکاران به گونه‌ای که هر روز شاهد روند رو به رشد شکوفایی همه‌جانبه نوجوانان کشورمان در عرصه‌های مختلف علمی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی وسلامت این گروه سنی باشیم. لازم است در این بخش از تمامی دست‌اندرکاران و متخصصانی که در مراحل مختلف تدوین بسته مشارکت داشته و با همکاری بی‌وقفه خود در طراحی بسته خدمت نقش داشتند، کمال تشکر را داشته‌باشیم.

دکتر سید حامد برکاتی

مدیرکل دفتر سلامت جمعیت،خانواده و مدارس

آشنایی با مجموعه

این مجموعه شامل 3 قسمت کلی است:

بخش مراقبت و غربالگری: مشتمل بر خدمات غربالگری و فوریت ها از شروع سن 5 سال تا18 سال است.

بخش راهنما: نحوه سنجش خدمت، آموزش ها و توصیه ها در این قسمت ذکر شده است.

بخش ضمایم: شامل جداول فشار خون و نمودارهای پایش رشد می باشد.

- **نحوه استفاده از چارت**

✂ چارت از سمت راست و بالای صفحه شامل موارد زیر است:

خانه شماره 1- نحوه ارزیابی را مشخص می کند.

خانه شماره 2- با توجه به نتیجه ارزیابی، نتیجه ارزیابی گروه بندی می شود.

خانه شماره 3- با توجه به نتیجه ارزیابی، طبقه بندی می شود.

خانه شماره 4- با توجه به طبقه بندی، اقدام می شود.

- **مفهوم رنگ ها**

در چارت های بخش درمان از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

الف ـ رنگ قرمز نشان دهنده نیاز به ارجاع فوری بیمار به سطح بالاتر درمانی ظرف مدت طی روز جاری است و پیگیری پس از 24 ساعت انجام شود* .چنانچه ارجاع فوری ستاره دار ذکر شده باشد منظور مواردی که به علت شرایط اورژانسی نیاز به اعزام فوری فرد به بیمارستان می باشد که بایستی ضمن تماس با اورژانس اعزام بلافاصله صورت پذیرد .

* .

ب ـ رنگ زرد نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک مرکز یا مراکز درمانی و یا سطح ارجاع مشخص شده ظرف مدت یک هفته است و پیگیری پس از یک هفته انجام گیرد ویا فرد دارای عامل خطر است ونیاز به پی گیری دارد .

پ ـ رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع به مراکز درمانی و یا پزشک است وفرد عامل خطر ندارد .

- **توالی ارایه خدمات**

5سالگی (پیش دبستان)/ 6 سالگی (بدو ورود به دبستان)، 9 سالگی (پایه چهارم دوره ابتدایی)، 12 سالگی (پایه اول دوره متوسطه اول)، 15 سالگی (پایه اول دوره متوسطه دوم) .

***لازم بذکر است که بحث پیگیری در ارجاع فوری و غیر فوری ، در مواردی که توسط اداره تخصصی به گونه دیگری در بسته خدمت تعریف شده است ، به همان روال لازم الاجراست.**

مراقبت های رده سنی 5 تا 18 سال

مراقبت از نظروضعیت واکسیناسیون (بدو تولد تا 6 سالگی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
• وضعیت واکسیناسیون فرد را با جدول واکسیناسیون در پروتکل کشوری مقایسه کنید. • بررسی سوابق فرد از نظر ابتلاء به بیماری هایی که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی باید تحت نظارت مستقیم پزشک ایمن سازی انجام شود.**	1- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده 2- فرد مبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، نمی باشد.	واکسیناسیون، ناقص و عدم نیاز به نظارت پزشک	- انجام واکسیناسیون طبق پروتکل کشوری در خانه بهداشت/پایگاه - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	1- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده 2- فرد مبتلا به بیماری است که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود.	واکسیناسیون، ناقص و نیاز به نظارت پزشک	- ارجاع به پزشک مرکز جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	تمام واکسن ها را مطابق با پروتکل کشوری دریافت کرده است	واکسیناسیون کامل است	- ادامه مراقبت ها

* واکسیناسیون ناقص: حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده باشد.

توجه: دریافت واکسن های زیر در هنگام ثبت نام نوآموز ملاک کامل بودن واکسیناسیون می باشد،
در غیر این صورت واکسیناسیون بایستی ناقص تلقی گردد:

واکسن ب.ث.ژ 1 نوبت
واکسن پولیو 6 نوبت
واکسن سه گانه و یا پنج گانه و یا توام خردسال مجموعاً 5 نوبت
واکسن هپاتیت 3 نوبت
واکسن ام ام ار 2 نوبت

** طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی بایستی سوابق ابتلای فرد از نظر بیماریها/مشکلات به شرح ذیل بررسی شود :

- سابقه ابتلا به بیماری قلبی در فرد واجد شرایط دریافت واکسن ثلاث
- سابقه ابتلا به اختلالات عصبی مانند تشنج کنترل نشده، صرع و بیماری های پیشرونده مغزی و تشنجی که مورد ارزیابی قرار نگرفته است در فرد واجد شرایط دریافت واکسن حاوی جزء سیاه سرفه
- سابقه نقایص ایمنی اولیه یا ثانویه (نقایص مادرزادی سیستم ایمنی ،بدخیمی، پیوند ، HIV ، دریافت داروهای مضعف سیستم ایمنی)
- سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ در فرد واجد شرایط دریافت واکسن حاوی جزء سرخک

مراقبت از نظر دریافت واکسن توام (16–14 سالگی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- آیا دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است؟	دانش آموز واکسن توام را دریافت نکرده است .	واکسیناسیون ناقص	- انجام واکسیناسیون در خانه بهداشت/پایگاه - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است .	واکسیناسیون کامل	- ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر بینایی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
• سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای "سنجش بینایی با چارت اسنلن" انجام دهید.	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از 20/25 * یا کم تر از 8/10** - تفاوت دید چشم ها بیش از یک ردیف در تابلوی سنجش بینایی مورد استفاده - دید هر دو چشم با هم کم تر از 20/20* یا کم تر از 10/10**	احتمالا اختلال دید دارد	- ارجاع به پزشک مرکز
	هیچ یک از علایم فوق وجود ندارد	اختلال دید ندارد	- ادامه مراقبت ها

* تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار FOOT دارای ردیف های 20/20، ..... ،200/ 20می باشد.

** تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار DECIMAL دارای ردیف های 10/10، ..... ،1/10 می باشد.

مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
غربالگری شنوایی توسط "تست استاندارد شده نجوا" بر اساس راهنمای آموزشی	1. عدم انجام غربالگری دوره نوزادی و یا 5–3 سالگی و یا عدم انجام غربالگری 18–5 سال	2. نیازمند ارجاع 3. برای انجام 4. غربالگری*	5. ارجاع به مراکز انجام غربالگری شنوایی
	6. نتیجه تست غربالگری مثبت (ارجاع) است. فرد آزمایش شونده نتوانسته است هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) در سطح صدای نجوا بطور صحیح تکرار کند و یا نتوانسته است بیش از 50٪ موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را کسب نماید. 7. وجود هر یک از عوامل خطر کم شنوایی مندرج در دستورالعمل	8. نیازمند بررسی بیشتر 9. از نظر شنوایی/گوش*	10. – ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه و بررسی بیشتر
	11. نتیجه تست استاندارد شده نجوا منفی و یا "گذر" است. 12. –نمره قابل قبول وقتی است که آزمایش شونده بتواند هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) را به درستی در سطح صدای نجوا تکرار کند یا بیش از 50٪ موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را به دست آورد. 13.	14. در حال حاضر اختلال شنوایی ندارد	15. – ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت قد برای سن

ارزیابی	نتیجه ارزیابی قد برای سن	طبقه بندی	اقدام*
16. اندازه گیری دقیق قد 17. نقطه گذاری بر روی منحنی قد برای سن 18. پرسش سوالات غربالگری تغذیه ای گروه سنی5 تا 18 سال و امتیاز دهی مطابق با دستورعمل	z-score 3− > با هر امتیازی	کوتاه قدی شدید	✓ آموزش تغذیه در گروه سنی و مبنی بر غربالگری الگوی تغذیه ✓ ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی ✓ ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای ✓ پیگیری 3 ماه بعد برای مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت ✓ تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز
	حد فاصل z-score 3− ≤ و z-score 2− < با هر امتیازی	کوتاه قدی	✓ آموزش تغذیه در گروه سنی و مبنی بر غربالگری الگوی تغذیه ✓ ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی ✓ ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای ✓ ارجاع به کارشناس تغذیه و پیگیری جهت مراجعه ✓ پیگیری 3 ماه بعد برای مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت

			✓ تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز
	> +3z-score با هر امتیازی	بلند قد شدید	آموزش تغذیه در گروه سنی و مبتنی بر غربالگری الگوی تغذیه ✓ ارجاع به پزشک
	حد فاصل z-score 2− ≥ و z-score 3+ ≤ با امتیاز کامل (14) از سوالات	قد طبیعی و الگوی تغذیه ای مناسب	تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
	حد فاصل z-score 2− ≥ و z-score 3+ ≤ با امتیاز (13− 0) از سوالات	قد طبیعی اما الگوی تغذیه نامناسب	آموزش تغذیه در گروه سنی و مبتنی بر غربالگری الگوی تغذیه تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز ✓ تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن پیگیری توسط مراقب سلامت ماه بعد جهت کنترل الگوی مصرف

* مراجعه کنید به "مجموعه مراقبت ها و خدمات تغذیه ای"

توجه: در تفسیر تمام منحنی ها اگر نقطه ی مورد نظر دقیقاً روی یک خط z-score باشد در گروه کم خطرتر قرار می گیرد. مثلاً اگر روی خط3− باشد به جای کوتاه قدی شدید در گروه کوتاه قدی

قرار می گیرد.

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی برای سن (BMI)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام*
1. اندازه گیری وزن با ترازوی مناسب و دقیق 2. محاسبه BMI، نقطه گذاری منحنی BMI برای سن 3. پرسش سوالات غربالگری تغذیه ای گروه سنی 5 تا 18 سال و امتیاز دهی مطابق با دستورعمل.	BMI z-score < −3 با هر امتیازی	لاغری شدید	- ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی - ارجاع به کارشناس تغذیه و پیگیری جهت مراجعه بعدی - پیگیری 3 ماه بعد برای مراجعه مجدد به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) - ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	BMI حد فاصل z-score −3 < و z-score −2 < با هر امتیازی	لاغر	- ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی - ارجاع به کارشناس تغذیه و پیگیری جهت مراجعه بعدی - پیگیری 3 ماه بعد برای مراجعه مجدد به کارشناس تغذیه - پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب

			پیگیری نماید) - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	BMI بیشتر از +1 z-score < با هر امتیازی	اضافه وزن با عامل خطر و یا بدون عامل خطر با هر امتیازی	اضافه وزن با عامل خطر - اندازه گیری قد و وزن - تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن برای سن - ارزیابی الگوی غذایی، فعالیت بدنی و ثبت در سامانه الکترونیک سیب - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن - ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی - پیگیری از پزشک جهت مراقبتهای بیشتر - ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت اضافه وزن بدون عامل خطر - اندازه گیری قد و وزن - تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن برای سن - ارزیابی الگوی غذایی، فعالیت بدنی و ثبت در سامانه الکترونیک سیب

			- آموزش الگوی تغذیه سالم و فعالیت بدنی - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن - پیگیری برای 2 دوره سه ماهه با کنترل مجدد نمایه توده بدنی و الگوی تغذیه سالم - در صورت برطرف نشدن مشکل (الگوی تغذیه) یا خارج شدن نمایه توده بدنی از طیف نرمال، ارجاع به پزشک مرکز جهت بررسی های بیشتر، (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) - ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	BMI z-score+2 < با هر امتیازی	چاق	- اندازه گیری قد و وزن - تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن - ارزیابی الگوی غذایی، فعالیت بدنی و ثبت در سامانه الکترونیک سیب - ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی پیگیری از پزشک جهت مراقبتهای بیشتر - آموزش و پیگیری بر اساس مراقبتهای ادغام یافته سلامت برای رده سنی (5 تا 18 سال ویژه غیر پزشک) - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی

			کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن - ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	BMI حد فاصل z-score 2− < و z-score 1+ < با امتیاز کامل (14) از سوالات	وزن طبیعی و الگوی تغذیه ای مناسب	- تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب - ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
	BMI حد فاصل z-score 2− < و z-score 1+ < با امتیاز (14− 7) از سوالات	وزن طبیعی اما الگوی تغذیه نامناسب	- آموزش الگوی تغذیه سالم بر حسب امتیاز به مادر و خود نوجوان - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز
	BMI حد فاصل z-score 2− ≥ و z-score 1+ ≤ با امتیاز (6− 0) از سوالات	وزن طبیعی اما الگوی تغذیه نامناسب	- تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - پیگیری برای مراجعه سه ماه بعد جهت کنترل مجدد الگوی تغذیه با هر امتیازی

* مراجعه کنید به "مجموعه مراقبت ها و خدمات تغذیه ای"

سوالات غربالگری تغذیه ای

1) مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟

0= به ندرت/ هرگز

1= کم تر از 2سهم

2= 2 سهم یا بیشتر

2) مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟

0= به ندرت/ هرگز

1= کم تر از 2 سهم

2= 2 سهم یا بیشتر

3) مصرف شیر و لبنیات روزانه شما چقدر است؟

0= به ندرت/ هرگز

1= کمتر از 2 سهم

2= 2 سهم یا بیشتر

4) چقدر فست فود/ تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (هله هوله شور و شیرین و چرب مانند چیپس، غلات حجیم شده، نوشابه ، آب میوه صنعتی و ...) مصرف می کنید؟

1) گزینه اول : تقریبا هر روز (0 امتیاز)

2) گزینه دوم: هفتگی (هفته ای یکی دوبار) (1 امتیاز)

3) گزینه سوم : به ندرت / هرگز (حداکثر یک یا دو بار در ماه) (2 امتیاز)

5) چند وعده غذایی در شبانه روز (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کنید؟

0= 2 وعده یا کم تر

1=4− 3 وعده

2= 5 وعده

6) چند ساعت در شبانه روز از تلویزیون، کامپیوتر یا بازی های الکترونیکی بدون تحرک استفاده می کنید؟

0= بیشتر از دو ساعت

1= دو ساعت

2= کمتر از دو ساعت

7) در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط 420 دقیقه در هفته معادل با 60 دقیقه در روز با تواتر 7 روز در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...)

0 = تقریبا" بدون فعالیت بدنی هدفمند

1= کم تر از 420 دقیقه در هفته

2= 420 دقیقه در هفته یا بیشتر

نحوه محاسبه امتیاز: گزینه اول: 0 امتیاز گزینه دوم: 1 امتیاز گزینه سوم: 2 امتیاز بیشترین امتیاز: 14 امتیاز

دستورعمل نحوه تعیین (امتیازدهی) الگوی تغذیه:

این پرسشنامه حاوی 7 سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسش‌ها دارای صفر امتیاز، گزینه دوم دارای یک امتیاز و گزینه سوم دارای دو امتیاز است.

1. در پرسش 1 که درباره مصرف روزانه میوه است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلا میوه مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کم تر از 2 سهم میوه مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه 2 سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.
2. در پرسش 2 که درباره مصرف روزانه سبزی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلا سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از 2 سهم سبزی مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه 2 سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک سهم میوه معادل یک عدد سیب متوسط یا همین مقدار از هر میوه دیگر است. هر یک سهم سبزی نیز معادل یک عدد سبزی غیربرگی متوسط مانند گوجه‌فرنگی، بادنجان یا هویج، و یا یک لیوان سبزی برگی نظیر سبزی خوردن یا کاهو است.

3. در پرسش 3 که درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه به هیچ میزان شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا خیلی به ندرت ممکن است استفاده کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از 2 سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب می نماید و اگر عنوان کند که روزانه 2 سهم یا بیشتر مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک واحد شیر و لبنیات معادل یک لیوان (250– 200 میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (250–200 میلی لیتر) ماست، یا 45 گرم (معادل 1/5 قوطی کبریت) پنیر است.

4. در پرسش4 که درباره مصرف تنقلاتی همچون هله هوله شور و شیرین و چرب مانند انواع چیپس، پفک، نوشابه‌های گازدار و آبمیوه‌های صنعتی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که تقریباً هر روز از این موارد استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب می‌کند. اگر عنوان کند که هفته‌ای یک تا دو بار اینگونه اقلام را مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند که به ندرت (یعنی با تکراری کمتر از مقیاس هفتگی) از چنین اقلامی استفاده می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.
5. در پرسش5 که درباره تعداد وعده‌های غذایی در شبانه روز(اعم از وعده‌های اصلی و میان‌وعده) است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که دو وعده یا کم تر مصرف می‌نماید، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان نماید که سه تا چهار وعده مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد کرد. و اگر عنوان کند که روزانه پنج وعده یا بیشتر مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد کرد.
6. در پرسش6 که درباره ساعات استفاده از تلویزیون و کامپیوتر و یا مبادرت به دیگر فعالیت‌های بی‌تحرک است، اگر فرد عنوان کند که روزانه بیش از دو ساعت به اینگونه فعالیت‌ها مبادرت می‌ورزد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه حدود دو ساعت به اینگونه فعالیت‌ها می‌پردازد، یک امتیاز کسب می‌نماید. و اگر عنوان کند که روزانه کم تر از دو ساعت به چنین فعالیت‌هایی می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

7.در پرسش7 که درباره میزان فعالیت بدنی در هفته است، منظور از فعالیت بدنی، 60 دقیقه فعالیت بدنی متوسط و شدید در هر وعده و به طور منقسم در روزهای مختلف هفته می باشد. اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته هیچ فعالیت بدنی هدفمندی انجام نمی‌دهد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند کم تر از 420 دقیقه در هفته به اینگونه فعالیت‌های بدنی می‌پردازد، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند در هفته مجموعاً 420 دقیقه (معادل شصت دقیقه در روز) یا بیشتر به فعالیت بدنی هوازی مانند پیاده روی تند، شنا یا دوچرخه سواری می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود. انجام فعالیت بدنی با مدت زمان مورد نظر طی کم تر از 3 جلسه مطلوب نبوده و امتیاز 1 خواهد گرفت.

مراقبت از نظر پوست و مو (پدیکلوزیس)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
• بررسی پوست و مو از نظر وجود حشره شپش و دانه های سفید رنگ، شفاف و تسبیح مانند تخم حشره که به ساقه موها چسبیده ، بررسی کنید.	• مشاهده تخم یا خود حشره خونخوار (شپش) در سر یا بدن، • نشانه خارش شدید، نشانه ایجاد خراش در پوست به دلیل خارش و ابتلا به عفونت ثانویه و بروز زرد زخم و در مواردی، بزرگی غدد لنفاوی	پدیکلوزیس (آلودگی به شپش)	1- هدایت و ارجاع سریع موارد آلوده به مراکز خدمات سلامت برای درمان* فرد آلوده به همراه خانواده و اطرافیان وی برای تشخیص و درمان 2- در موارد با تشخیص پدیکلوزیس سر مراقب سلامت مجاز به شروع درمان می باشد 3-در موارد آلودگی به پدیکلوزیس تن گزارش دهی و ارجاع فوری باید انجام شود. در موارد مشکوک به پدیکلوزیس تن و عانه تایید تشخیص و شروع درمان به عهده پزشک است.
			3- آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی و فیزیکی بر اساس دستورالعمل مربوطه 4- آموزش اصول بهداشت فردی و محیط به مبتلایان و خانواده های آنان در موارد ذیل: - استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس و شانه و لباس ها، روسری و کلاه و دیگر وسایل شخصی - شستشوی لباس و لوازم خواب در آب جوش به مدت 30 دقیقه و یا استفاده از ماشین لباسشویی با آب 55 درجه و اتو کردن منظم لباس و بویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک - استفاده از جریان هوای آزاد و تازه(هوادهی) در محل زندگی خصوصا اتاق خواب ها و کلاس های درس، چون هوادهی برای از بین بردن شپش موثر است. - خودداری از استفاده از لوازم شخصی دیگران مانند کلاه و شانه و برس، روسری، مقنعه، کیسه و لیف حمام، لباس زیر - در هنگام ورزش و بازی و سایر فعالیت های افراد به علت گرمی و تعریق بدن، شپش تن لباس را ترک کرده و در نتیجه افراد و دانش آموزان همجوار را آلوده می سازد. - پاکیزه نگه داشتن اتاق ها خصوصا گوشه و کنار و زیر تخت خواب، فرش، راهروها و سایر مکان های زندگی 5- بازدید حسب مورد *موی سر و در صورت لزوم بازدید لباس و بدن آن ها توسط معلمین و مربیان بهداشت مدارس
	• حشره خونخوار(شپش) و تخم آن در موها مشاهده نمی شود	پدیکلوزیس (آلودگی به شپش) وجود ندارد	- ارایه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

*حسب مورد:در صورت مشاهده خارش پوست سر یا بدن توسط دانش آموز و یا اظهار دانش آموز و یا همکلاس دانش آموز مبنی بر وجود علائم

مراقبت از نظر پوست و مو (گال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
• پوست را از نظر ضایعات و بثورات پوستی بررسی کنید.	• خارش شدید که هنگام شب و در محیط گرم از شدت بیشتری برخوردار است. • چند شکلی بودن ضایعات، به صورت خط مستقیم و یا مورب مانند هستند و به رنگ صورتی، سفید یا تیره و مختصری برآمده می باشد. اغلب در انتهای کانال، وزیکول به صورت یک نقطه تیره رنگ به چشم می خورد. • ضایعات معمولا" روی مچ، کناره دست‌ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، دیده می شوند. ضایعات در کودکان درکف دست و پا مشاهده می شود.	مشکوک به بیماری گال	6- هدایت و ارجاع به پزشک برای تشخیص و درمان 1- آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی بر اساس دستورالعمل مربوطه 2- گزارش به مراکز بهداشتی، درمانی به منظور درمان به موقع و کنترل بیماری جدا سازی افراد مبتلا به بیماری گال در 48 ساعت اولیه 3- درمان صحیح و کامل افراد مبتلا به بیماری گال، بررسی و درمان افرادی که با افراد مبتلا به گال در تماس هستند و یا زیر یک سقف زندگی می کنند 4- آموزش های ذیل به مبتلایان و خانواده آنان و اولیای مدارس: - خودداری از تماس پوستی مانند دست دادن، در آغوش گرفتن، ماساژ با افراد مبتلا به بیماری گال - استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران مانند کیسه و لیف حمام، صابون، حوله، لباس خصوصا لباس زیر، روسری، شال گردن، ماشین و لوازم از بین بردن موهای زاید بدن، کیسه خواب - شستشوی مرتب لباس ها، لوازم خواب مانند پتوها، ملحفه ها، روبالشتی ها، رو تختی و پهن کردن آن ها در آفتاب پس از شستشو - تمیز کردن کامل اتاق ها،زیر و روی فرش ها، گوشه و کنار و زیر تخت خواب، راه پله، راهروها و حیاط و سایر مکان های زندگی لباس ها و وسایل شخصی افراد مبتلا به بیماری گال، که قابل شستشو نیستند بایستی به مدت حداقل پنج روز در داخل نایلکس قرار داده و درب آن محکم بسته شود ، سپس استفاده شود. پوشیدن دستکش در هنگام تماس با وسایل فرد بیمار مبتلا به گال ضروری است.
	ضایعات پوستی وجود ندارد	مبتلا به گال نمی باشد	- ارایه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (5 تا 14 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	• *در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:* – دندان درد – تورم و پارگی و خونریزی از بافت – آبسه دندان – شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل شدید دهان و دندان دارد	– تجویز مسکن برای درد – اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما – ارجاع فوری به دندانپزشک
	• *در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:* – تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای – تاخیر رویش دندان ها – لثه پر خون و قرمز و متورم – بوی بد دهان – جرم دندانی – زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان – وجود ناهنجاری های فکی– دهانی از جمله نامرتبی دندان ها – عادات غلط دهانی	مشکل متوسط دهان و دندان دارد	– ارایه توصیه های بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) – ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد – ارجاع غیر فوری به دندانپزشک – پیگیری 6 ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.*
	• هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	– توصیه بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) – ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد – پیگیری 6 ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.* – توصیه به مراجعه به دندانپزشک هر6 ماه یک بار

*خدمت وارنیش فلوراید باید سالی 2 بار(هر 6 ماه) به فرد ارایه شود.

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (از 15 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: – دندان درد – تورم و پارگی و خونریزی از بافت – آبسه دندان – شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل دهان و دندان دارد	– تجویز مسکن برای درد – اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما – ارجاع فوری به دندانپزشک
	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: – تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای – تاخیر رویش دندان ها – لثه پر خون و قرمز و متورم – بوی بد دهان – جرم دندانی – زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان – وجود ناهنجاری های فکی– دهانی از جمله نامرتبی دندان ها – عادات غلط دهانی	مشکل دهان و دندان دارد	– ارایه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین – ارجاع غیر فوری به دندانپزشک
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	– توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین – توصیه به مراجعه به دندانپزشک هر 6 ماه یک بار

مراقبت از نظر احتمال ابتلا به سل (12–5سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از دانش آموز یا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در صورت مثبت بودن سوالات: - تهیه 3 نمونه از خلط* توجه: در سنین 5 تا 10 سال ممکن است ارایه خلط میسر نباشد، لذا در صورت وجود 3 معیار از 5 معیار تشخیصی سل اطفال: (1– علایم بالینی، 2– سابقه تماس با فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت 3– نشانه های رادیوگرافی سل در ریه، 4– تست پوستی توبرکولین مثبت، 5– باکتریولوژی مثبت) فرد در طبقه بندی احتمال ابتلا به سل قرار می گیرد.	- دارای نشانه یا - بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر	احتمال ابتلا به سل	- اولین نمونه خلط (از 3 نمونه خلط)را بگیرید. (درصورت وجود و امکان ارایه خلط)** - به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. - دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
	- بدون نشانه (فاقد سرفه) و - با عامل خطر	در معرض خطر ابتلا به سل	- به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید.
	- بدون نشانه و - بدون عامل خطر	فاقد مشکل	- دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

* به روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل در راهنمای بررسی از نظر سل ریوی مراجعه کنید.

مراقبت از نظر احتمال ابتلا به سل(18–12سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از نوجوان بالای 12 سال یا همراه وی سؤال کنید ***نشانه*** • **وجود سرفه** ***1–طول کشیده(دو هفته یا بیشتر)*** ***2–کمتر از دو هفته*** **عامل خطر** • **سابقه تماس با فرد مبتلا به سل** • **ضعف سیستم ایمنی (شامل HIV+ ، دیالیزخونی، دریافت کننده پیوند، سیلیکوزیس شناخته، دریافت کننده هر یک از داروهای آنتاگونیست (TNF** • **تهیه 3 نمونه از خلط** • **نتایج اسمیرهای خلـط**	**فرد با سابقه سرفه دو هفته یا بیشتر** **یا** **فرد با سرفه کمتر از دو هفته و دارای ضعف سیستم ایمنی** **یا** **فرد با سرفه کمتر از دوهفته ودارای سابقه تماس با بیمار مسلول طی 5 سال اخیر**	***احتمال سل فعال*** **"فرد مشکوک به سل فعال ریوی"**	**آموزش آداب سرفه و نحوه صحیح تهیه خلط مناسب تهیه نمونه خلط، ارسال به آزمایشگاه و پیگیری پاسخ ارجاع به پزشک همراه با جواب آزمایش خلط اجرا و پیگیری دستورات پزشک پس از ویزیت**
	فرد دارای سرفه کمتر از دو هفته و فاقد ضعف سیستم ایمنی و بدون سابقه تماس با بیمار مسلول یا سابقه تماس با بیمار مسلول بیش از پنجسال قبل	***در معرض خطر ابتلا به سل فعال***	**آموزش آداب سرفه** **پیگیری وجود تداوم سرفه به مدت دو هفته** **عدم ابتلا در صورت عدم تداوم سرفه به مدت 2 هفته** **انجام فرآیند برخورد با بیمار مشکوک به سل ریوی در صورت تداوم سرفه به مدت 2 هفته ❊2**
	- فرد فاقد سرفه دارای ضعف سیستم ایمنی **یا** **فرد فاقد سرفه دارای سابقه تماس اخیر با بیمار مسلول (طی 2 سال گذشته)**	***در معرض خطر ابتلا به سل نهفته***	**در آینده نزدیک، اجرای فرآیند تشخیص و درمان سل نهفته برای این گروه ابلاغ خواهد شد. تا آن زمان صرفا نسبت به طبقه بندی و ثبت این موارد اقدام کنید**
	فرد فاقد سرفه و فاقد ضعف سیستم ایمنی و فاقد سابقه تماس با مورد مسلول طی2 سال اخیر	***عدم ابتلا به سل***	**توصیه به شیوه زندگی سالم ، مراجعه 3 سال بعد یا در صورت بروز علائم**

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم (5 تا 18سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از فرد یا در صورتی که وی توان پاسخ گویی ندارد، از همراهان شخص سوال کنید: 1. سابقه تشخیص آسم توسط پزشک 2. تجویز اسپری استنشاقی توسط پزشک طی یک سال گذشته 3. وجود علایم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته	مثبت بودن پاسخ فرد به هر یک از سوال ها	احتمال ابتلا به بیماری آسم	– ارجاع به پزشک به منظور تایید یا رد بیماری و ارزیابی های تکمیلی – پیگیری و مراقبت بر اساس پسخوراند پزشک
	منفی بودن پاسخ فرد به کلیه سوالات	عدم ابتلای فرد به بیماری آسم	دادن آموزش های لازم در خصوص عوامل زمینه ساز بروز آسم (به ویژه در افرادی که سابقه بیماری آسم در اعضاء درجه یک خانواده و یا سابقه فردی و یا خانوادگی بیماری های آتوپیک (رینیت، آلرژیک یا اگزما) دارند*

* به راهنمای آسم در بخش راهنماها و توصیه ها مراجعه کنید.

مراقبت از نظر سلامت روان (5 تا 15سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، 17 سوال غربالگری را از والدین یا مراقب اصلی بپرسید و امتیازدهی کنید: 2- در صورتی که در پاسخ به سوالات 1 تا 5 نمره 5 یا بالاتر داشته باشد، برای نوجوانی که حضور دارد از خود نوجوان* و برای سنین زیر نوجوانی از والدین یا مراقب اصلی وی، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید: - آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ - آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟ در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه 17 سوالی، پرسیده شود: 3- آیا کودک یا نوجوان* شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ 4- الف– آیا تا به حال "تشخیص" مشکلات رفتاری یا عصبی داشته است؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ب– آیا در حال حاضر دارو مصرف می کند؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ج– آیا تمایل دارید پزشک تیم سلامت درمان را پیگیری کند؟	- پاسخ مثبت به سوال 2	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
	- برای سوالات 1 تا 5 : جمع نمره 5 یا بالاتر از 5 و - برای سوالات 6 تا 10: جمع نمره 7 یا بالاتر از 7 و - برای سوالات 11تا 17: جمع نمره 7 یا بالاتر از 7 و - پاسخ مثبت به سوال 3	غربال مثبت سلامت روان	ارجاع به پزشک مرکز
	پاسخ مثبت به بخش الف سوال 4 و پاسخ منفی به بخش ج سوال 4	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
	پاسخ مثبت به بخش ب یا ج سوال 4	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری*** و ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
	در صورت پاسخ خیر به همه سوالات	غربال منفی سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی برای نوجوان، آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.
5- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟ 6- درکودکان سنین مدرسه سوال می‌شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد؟ 7- آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟	- پاسخ مثبت به سوال 5 و 6	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع به پزشک مرکز
	- خوداظهاری فرد و یا والدین در مورد ابتلا به بیماری (پاسخ مثبت به سوال 7)	تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری***

8- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. 9- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. 10- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. 11- توانایی یادگیری در حد همسالان خود را ندارد. 12- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.	- درصورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات 8 تا 12 (توسط والدین یا اطرافیان)	احتمال تشخیص ناتوانی ذهنی	ارجاع به پزشک مرکز

* در صورتی که مراقب سلامت/ بهورز اطمینات حاصل کرد که پاسخ فرد از اعتبار لازم برخوردار است از خود فرد، و در غیر این صورت از والدین یا مراقب اصلی وی سوال می شود.

** موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی

*** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می‌کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می‌باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

مراقبت از نظر سلامت روان (15 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، 6 سوال غربالگری را از فرد بپرسید و امتیازدهی کنید. 2– در صورت امتیاز غربال مثبت از پرسشنامه 6 سوالی، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید: - آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ - آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟ 3- در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه 6 سوالی، سوال ذیل پرسیده شود: - آیا شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارید که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ 4- الف– آیا تا به حال تشخیص مشکلات رفتاری یا عصبی داشته اید؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ب– آیا در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ج– آیا تمایل دارید پزشک تیم سلامت درمان را پیگیری کند؟	پاسخ مثبت به سوال 2	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
	امتیاز 10 یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری 6 سوالی و یا عدم پاسخ به 3 سوال از 6 سوال غربالگری و یا پاسخ مثبت به سوال 4	غربال مثبت سلامت روان	ارجاع به پزشک مرکز
	پاسخ مثبت به سوال 4	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
	پاسخ مثبت به بخش سوم سوال 4	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری*** و ارجاع به پزشک مرکز
	امتیاز پایین‌تر از 10 در پرسشنامه غربالگری 6 سوالی و پاسخ منفی به سوال 2 و 3 و 4	غربال منفی سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.
5- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار	پاسخ مثبت به سوال 5	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع به پزشک مرکز

حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد یا از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و یا بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟ **6- آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟**	**خوداظهاری خود فرد، والدین و یا اطرافیان در مورد ابتلا به بیماری صرع** **(پاسخ مثبت به سوال 6)**	**تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج**	**ثبت در پرونده و پیگیری*****
7- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.8– قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. **9- توانایی یاد گیری در حد همسالان خود ندارد.** **10- بیماری شناخته شده‌ای داردکه باعث ناتوانی ذهنی شده است.**	**در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات 7 تا 11 (توسط والدین یا اطرافیان)**	**احتمال تشخیص ناتوانی ذهنی**	**ارجاع به پزشک مرکز**

** موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشک

*** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می‌کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می‌باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	مشکل احتمالی	اقدامات
وجود علایم ذیل در کودکان و نوجوانان*: • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار • وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون • وجود علایم گاز گرفتن • وجود هرگونه خونمردگی در اعضای مختلف بدن • وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشده شدن موها • آثار ضربات شلاق • آثار سوختگی درمان نشده ، کبودی چشم، پارگی لجام لب	مثبت	کودک آزاری	در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تکمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد.
سایر علایم: • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی • وجود کبودیها و علایمی که مدتها از زمان آنها گذشته باشد. **گزارش هر نوع از کودک آزاری توسط خود کودک، والدین و یا سایر همراهان کودک** **کودکان و نوجوانانی که مادران آنها قبلا به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند .**	مثبت	کودکان شاهد خشونت خانگی	**بعد از برقراری ارتباط با والدین یا سایر همراهان کودک، از والدین یا همراه کودک و یا نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟** **در صورت کسب اجازه:** **ار جاع به کارشناس سلامت روان**
بررسی شود که آیا در خانواده موارد ذیل وجود دارد؟ • فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی** • فرد مبتلا به بیماری خاص***	**پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور**	**خانواده آسیب پذیر**	**در صورت تمایل به ارائه خدمت، <u>سرپرست خانوار</u> برای مداخلات مربوط به توانمندسازی عوامل**

• فرد مبتلا به اعتیاد**** • فرد زندانی • فقر*****			خطر سلامت اجتماعی، به کارشناس سلامت روان ارجاع خواهد شد.
سن مراجع وتعداد سالهای تحصیلی وی پرسیده شود	در صورتی که سن و تحصیلات فرد با هم متناسب نباشد	بازمانده از تحصیل	
از زنان نوجوان متأهل سوال شود: ****** زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: هیچ وقت به ندرت گاهی اغلب همیشه 1. شما را کتک زده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2. به شما توهین کرده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 3. شما را به آسیب تهدید کرده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 4. سر شما فریاد زده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	امتیاز بالاتر از 10	خشونت خانگی(همسر آزاری)	• در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد. • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت به

			کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود
از نوجوانان که سابقه متاهل بودن دارند، سوال شود: **آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق /جدایی و فوت همسر را داشته است؟**	**پاسخ مثبت**	**طلاق/** **جدایی/فوت**	• **از نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟** **در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان**

* وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد:

وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال2- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون 3- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار 4- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش 5- علائم گاز گرفتن6- تورم و دررفتگی مفاصل 7- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها 8 - آثار ضربات شلاق9- پارگی لجام لب10- کبودی چشمان11- مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود

**معلولیت جسمی – روانی: معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی ـ روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.

***بیماری های خاص به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبتهای خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیرMS ، دیالیز، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

****اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر ، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده با دیگران می باشد

*****تعریف فقر: در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمانهای حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و .... می باشند.

******توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از 1 تا 5 امتیاز می گیرد "هیچ وقت (1) بندرت (2) گاهی (3) اغلب (4) و همیشه (5)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات 4 و حداکثر آن 20 می باشد. امتیاز بالا تر از 10 به عنوان مثبت تلقی می شود.

1–**غربال گری اولیه درگیری با مصرف** دخانیات، مواد و الکل **در گروه سنی** 15 **تا** 18**سال**			
ارزیابی	**نتیجه ارزیابی**	**طبقه‌بندی**	**اقدام**
با رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی فرد، **پس از بیان مقدمه ذکر شده در پرسشنامه (موجود در بخش راهنما)، پرسش 1 (هر دو بخش) را درباره سابقه مصرف مواد و برخی داروها در طول عمر سوال کنید.** **در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش 1، پرسش 2 درباره مصرف سه ماه گذشته آن موارد پرسیده شود.** **طبق راهنما، در صورت مصرف مواد دخانی در سه ماهه اخیر، پرسش 3 (سن اولین بار مصرف) و پرسش های 4 و 5 (دفعات و مقدار مصرف مواد دخانی در ماه گذشته) سوال گردد.**	**پاسخ مثبت به سؤال 2**	**مورد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل**	✓ **ارایه بازخورد درباره خطرات مصرف متناسب با ماده مصرفی با استفاده از محتوا و کارت بازخورد عوارض اختصاصی موجود در بخش راهنما** • **به مصرف کنند گان مواد دخانی، آموزش پرهیز از مصرف دخانیات در حضور دیگران با تاکید بر عوارض مواجهه با دود دسته دوم و سوم** • **توصیه مختصر درباره امکان قطع مصرف با استفاده از عبارت زیر :** روان شناس و پزشک مرکز ما آمادگی دارد، برای کنترل یا قطع مصرف و رفع مشکلات احتمالی تان بطور رایگان به شما کمک کند. ✓ **اطلاع رسانی و تشویق فرد در خصوص مراقبت تکمیلی، ارایه مشاوره روانشناختی، برخی خدمات درمانی و در صورت لزوم ارجاع به مراکز تخصصی** ✓ **ارجاع به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی در گیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل**
	پاسخ منفی به سؤال 2	**عدم درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل**	✓ **ارایه بازخورد مثبت تشویقی با استفاده از عبارت زیر** • خیلی خوب است که شما تاکنون در کنترل و مدیریت رفتار تان موفق بوده اید، این موضوع نشان می دهد شما برای دوری از آثار زیانبار مصرف دخانیات و مواد از احساس مسئولیت و قدرت تصمیم گیری خوبی برخوردارید. • همچنین یادآوری می کنم، در صورت درگیری اطرافیان تان با مشکلات

			ناشی از مصرف سیگار قلیان، الکل و یا سایر مواد روان شناس مرکز ما آمادگی دارد، به آن ها بطور رایگان کمک کند. ✓ **اطلاع‌رسانی و تشویق فرد برای دریافت آموزش‌ها ی گروهی از کارشناس سلامت روان (فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد) مطابق شرایط احراز و با استفاده از عبارات زیر:** این مرکز برای افزایش آگاهی و توانمندی مراجعین، کلاس های آموزشی خوبی درباره مهارت های **فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد** برگزار می کند. شما می توانید با شرکت در این کلاس ها در باره موضوعاتی چون تربیت بهتر فرزندانتان و حل مسائل مربوط به آن ها، مهارت های لازم برای سلامت روان و افزایش آرامش و نشاط بیشتر در روابط خانوادگی و اجتماعی و نیز شیوه های دوری خود و خانواده تان از آثار زیان بار سیگار، قلیان، الکل و مواد آموزش ببینید. • آموزش مهارت های فرزند پروری : برای والد یا مراقب کودک 2 تا12 سال و نوجوان 12 تا 17 سال • آموزش مهارت های زندگی: برای کلیه مراجعین • خود مراقبتی : برای سفیران سلامت ✓ **ارجاع به کارشناس سلامت روان در صورت تمایل به دریافت آموزش‌ها ی گروهی**
صرف نظر از پاسخ فرد به سؤال 2، در صورت پاسخ مثبت به سوال1 ، سؤال 6 پرسیده شود. **پرسش 6 – آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف**	**پاسخ مثبت به سوال 6**	**مورد از قبل شناسایی شده و تحت درمان اختلالات مصرف** دخانیات، مواد و الکل	✓ **ارایه بازخورد مثبت تشویقی با استفاده از عبارات زیر** خیلی خوبه که شما در حال درمان بیماری خود هستید، این موضوع نشان می دهد شما برای حفظ سلامتی خود و دوری از آثار زیانبار مصرف مواد احساس مسئولیت می کنید. در صورت نیاز به روان شناس، مرکز ما آمادگی دارد، به شما خدمات لازم را بطور رایگان ارایه دهد.

دخانیات، الکل یا مواد تحت درمان هستید؟			✓ **توصیه جهت پایبندی به دستورات درمانی** لازم به یادآوری است رعایت کامل دستورات درمانی پزشک بسیار اهمیت دارد و در صورت خروج از آن لازم است سریعا به پزشکتان اطلاع دهید. ✓ **پیگیری روند دریافت خدمات درمانی از بیمار در فواصل هر 3 ماه تا یک سال پس از اولین مراجعه (مطابق دستورالعمل پیگیری)** ✓ **ثبت نتیجه پیگیری ها در پرونده بیمار به صورت تحت درمان/ یا خروج از برنامه درمانی (در صورت خروج از برنامه درمانی فراخوان مجدد و تشویق فرد جهت غربالگری اولیه مجدد و سایر خدمات مرکز طبق دستورالعمل پیگیری)**
	پاسخ منفی به سوال 6	**عدم دریافت خدمات درمان اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل در حال حاضر**	✓ **ثبت در پرونده**
پرسش 7- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟	**پاسخ مثبت**	**مواجهه با دود دستِ دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته**	✓ **آموزش زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی (مطابق راهنما)** ✓ **آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات (مطابق راهنما)**
	پاسخ منفی	**مصونیت از دود دستِ دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته**	✓ **ثبت در پرونده و بازخورد تشویقی** ✓ **آموزش در مورد مضرات مصرف دخانیات و مواجهه با دود و ایجاد اماکن عاری از دخانیات** ✓ **اطلاع رسانی در خصوص آموزش مهارت های زندگی**
2- ارزیابی مواجهه فرزندان با دخانیات (این ارزیابی ویژه والدین/ مراقب کودک و نوجوان زیر18 سال و مخاطب اقدامات تعریف شده والدین/ مراقب می باشند)			

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه‌بندی	اقدام
سؤالات زیر را از والدین/ مراقب دارای فرزند زیر 18 سال بپرسید؟ 1- آیا در خانواده شما، فرد مصرف‌کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) وجود دارد؟ 2- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟ 3- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟ 4- آیا در سال گذشته، فرزند شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟	پاسخ مثبت به سؤال 1	مواجهه با مواد دخانی و احتمال خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی	✓ اطلاع رسانی در خصوص خدمات ارزیابی تشخیصی و مداخلات روان شناختی و درمانی ✓ توصیه به فرد برای تشویق فرد مصرف‌کننده دخانیات جهت مراجعه به مرکز
	پاسخ مثبت به سؤال 2 یا 3		✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات ✓ آموزش در مورد زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی ✓ توصیه به مراقبت از کودک به لحاظ قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات ✓ اطلاع رسانی در خصوص خدمات ارزیابی تشخیصی و مداخلات روان شناختی و درمانی ✓ توصیه به فرد برای تشویق فرد مصرف‌کننده دخانیات جهت مراجعه به مرکز ✓ آموزش در مورد تاثیر پذیری کودک و الگو برداری از رفتار های پرخطر والدین و اطرافیان ✓ آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنما
	پاسخ مثبت به سؤال 4		✓ آموزش والدین درباره مضرات آشنایی فرزندان با روش های تهیه مواد دخانی مطابق متن راهنما ✓ توصیه درباره پرهیز از فرستادن فرزندان برای خرید دخانیات مطابق متن راهنما
	پاسخ منفی به همه موارد	عدم مواجهه با خطرات ناشی از	✓ ارایه بازخورد مثبت تشویقی ✓ آموزش در مورد مضرات مصرف دخانیات و مواجهه با دود و ایجاد اماکن عاری از دخانیات مطابق متن راهنما ✓ اطلاع رسانی در خصوص آموزش مهارت های زندگی و فرزندپروری

		مصرف مواد دخانی در اطرافیان و محیط	

3- ارزیابی مصرف مواد و الکل در خانواده دارای فرزند زیر 18 سال(مخاطب اقدامات تعریف شده در این ارزیابی والدین/ مراقب کودک و نوجوان می باشند)			
ارزیابی	**نتیجه ارزیابی**	**طبقه‌بندی**	اقدام
از والدین/ مراقب فرزند زیر 18 سال سؤال کنید: - آیا در خانواده، فردی دارای وابستگی به مواد و یا الکل و یا مصرف کننده تفننی آن ها وجود دارد؟	پاسخ مثبت	احتمال خطر گرایش به مصرف مواد و یا الکل در فرزندان	✓ آموزش در مورد مضرات مصرف مواد یا الکل با استفاده از کارت بازخورد ✓ توصیه به پرهیز از مصرف در برابر فرزندان ✓ آموزش در مورد تاثیر پذیری کودک و الگو برداری از رفتار های پرخطر والدین و اطرافیان ✓ اطلاع رسانی در خصوص خدمات خاص آموزشی برای کمک به عضوی از خانواده یا نزدیکان که مشکوک و یا مبتلا به مصرف نوعی ماده است ✓ پیشنهاد کمک و توصیه برای تشویق فرد مصرف کننده الکل و مواد برای دریافت خدمات درمانی

	پاسخ منفی	عدم وجود عامل خطر ناشی از وجود عضو مصرف کننده ی مواد و یا الکل در خانواده	✓ ارایه بازخورد مثبت و تشویقی این موضوع خیلی خوب است. پایبندی خانواده ی شما در پرهیز از رفتارهای ناسالم، در سلامت جسمی و روانی شما و اعضای خانواده / فرزندانتان بسیار موثر است.

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید:	*در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:* - چاق یا دارای اضافه وزن است - سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارد - سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب (obstructive sleep apnea) دارد - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید، .....) دارند	درمعرض خطر ابتلاء به افزایش فشار خون	- اندازه گیری فشارخون و تعیین صدک با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها: در صورتی که صدک فشارخون (سیستول و یا دیاستول) صدک 90 و بیش تر باشد پس از 2 دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود: 1- اگر میانگین فشارخون در دو نوبت بین صدک 90 تا 95 باشد (پیش فشارخون بالا) به عنوان فرد در معرض خطر، سالانه تحت مراقبت قرار گیرد: - توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک وانجام فعالیت بدنی و .....] 2- اگر میانگین فشارخون صدک 95 یا بالاتر باشد (فشارخون بالا) ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر - در صورت تایید بیماری فشارخون بالا توسط پزشک، فرد بیمار لازم است: ماهانه توسط کارمند بهداشتی مراقبت شود و هر 3 ماه یک بار به پزشک ارجاع شود.
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	عوامل خطر ابتلاء به افزایش فشار خون را ندارد	- ارایه توصیه های مرتبط با شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها

* این عوامل خطر عبارتند از: 1- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند. 2- دانش آموزانی که آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. 3- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند. 4- دانش آموزانی که والدین آن ها بیماری قلبی عروقی (بیماری کرونر قلب) زودرس دارند (در مردها قبل از 65 سالگی و در زن ها قبل از 55 سالگی)5- دانش آموزانی که والدین آن ها سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید، .....) دارند. 6- دانش آموزانی که سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارند.

ارزیابی عوامل خطر ژنتیک (5 سالگی/ 6 سالگی و 15 سالگی) – ویژه مناطق مجری ژنتیک اجتماعی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
در فرد، خانواده یا بستگان درجه 1 و 2 ایشان، فرد مبتلا به یکی از مشکلات احتمالی ارثی وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد؟ • هموفیلی (فردی که از کودکی دارای مشکل انعقاد خون باشد.) • تالاسمی(فردی که از کودکی نیازمند تزریق خون مکرر باشد.) • فردی که از زمان کودکی دارای ناتوانی ذهنی و یا ناتوانی حرکتی و یا ناهنجاری باشد. • فردی که از زمان کودکی مبتلا به اختلال بینایی یا اختلال شنوایی باشد. • کودکی که می بایست رژیم غذایی خاصی داشته باشد.	در فرد، خانواده یا بستگان درجه 1 و 2 ایشان، فرد مبتلا به یکی از مشکلات احتمالی ارثی وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا یک اختلال در خانواده و یا بستگان درجه 1و یا 2 خانواده، تکرار شده است؟ در خانواده و یا بستگان درجه 1و یا 2 خانواده، حداقل دو نفر که از زمان کودکی مبتلا به یک بیماری مشابه هستند وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد.	اختلال تکرار شونده در خانواده وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا سابقه سکته قلبی در خواهر یا مادر فرد در زیر 65 سالگی و یا در برادر یا پدر فرد در زیر 55 سالگی وجود دارد؟	نیاز به بررسی عامل خطر فامیلی بیماری قلبی وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا در فرد و یا در بستگان درجه 1 و یا 2 وی سرطان زودرس یا تکرار سرطان وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد؟ سرطان زودرس: ابتلا به سرطان در زیر 60 سالگی تکرار: وجود بیش از یک مورد فرد مبتلا به سرطان در خانواده و بستگان درجه 1 و یا 2	در فرد و یا در بستگان درجه 1 و 2 خانواده، سرطان زودرس یا تکرار سرطان وجود داشته یا هم اکنون وجود داشته است.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک

فوریت ها

علایم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدامات
در حالت نیمه هوشیار مصدوم به طور مبهم و به کندی به سئوالات پاسخ می‌دهد. باید درخواست خود را با صدای بلند بیان کنید، تا پاسخی دریافت کنید. در حالت غیرهوشیار مصدوم نسبت به تکان یا فریاد پاسخی نمی دهد.	اختلال هوشیاری	تمیز کردن راه هوایی و کنترل تنفس خوابانیدن بیمار به پهلو عدم تجویز مواد خوراکی انجام احیای قلبی ریوی طبق دستورالعمل. 1- بررسی میزان پاسخ دهی با صدا زدن و ضربه آرام با دست بر روی شانه های بیمار 2- بررسی تنفس با نگاه کردن به بالا و پایین رفتن قفسه سینه بیمار a. در صورت وجود تنفس: بیمار را در وضعیت ریکاوری(بهبودی) قرار دهید، در هوای سرد بیمار را گرم نگه دارید و مرتبا بیمار را از نظر وجود تنفس و دیگر علائم بررسی کنید. b. در صورت عدم وجود تنفس: توجه به راه هوایی(تمیز کردن آن در صورت وجود جسم یا مایعات) و شروع احیای قلبی ریوی طبق دستورالعمل *نکته: به افراد بیهوش و دارای اختلال در سطح هوشیاری از طریق دهان چیزی نخورانید ارجاع فوری *
فوریت ها		
درد و احساس گزگز در محل گزیدگی، حرکات غیر طبیعی چشم، آبریزش دهان، تهوع و استفراغ، تغییر ضربان قلب یا نامنظمی/ طپش قلب، اختلال تنفسی، خونریزی، تغییر رنگ ادرار، حرکات تشنجی و حتی مرگ	عقرب گزیدگی	ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، مصدوم را روی زمین بخوابانید و ایشان را در حالت استراحت مطلق نگه دارید. از تکنیک بی‌حرکت سازی عضو آسیب دیده استفاده کنید. تا حد امکان باید از دستکاری محل گزش خودداری شود. به فرد آسیب دیده مایعات زیاد دهید(در صورتی که گزش عقرب گادیم یا عقرب دم باریک باشد) و متوجه تغییر رنگ احتمالی ادرار باشید. از درمان‌های سنتی خودداری شود. در صورت امکان و بدون اتلاف وقت عقرب زنده یا مرده در قوطی درب دار برای تشخیص گونه و نوع سم و انتخاب روش درمانی همراه فرد آسیب دیده ارسال شود. ارجاع فوری* دهید
مشاهده سوراخ یا نیش در محل گزش، خارش، درد، سوزش،	زنبور گزیدگی	توصیه می‌شود، نیش حشره بدون فشار روی کیسه زهر، از محل گزش بیرون آورده شود.

قرمزی یا تورم محل گزش، علایم سیستمیک (کهیر، خارش یا بثورات جلدی ژنرالیزه، گر گرفتگی، ورم ناحیه گلو و دهان، تهوع و استفراغ، درد شکم، درد قفسه سینه، کاهش فشار خون، تنفس مشکل و صدادار، اضطراب، در موارد شدید کاهش سطح هوشیاری، تنفس بسیار مشکل یا مرگ در اثر شوک حساسیتی)		عضو آسیب دیده را با آب فراوان و صابون، بدون اعمال فشار و انجام ماساژ، شستشو دهید و کمپرس سرد کنید. به دلیل احتمال کاهش سطح هوشیاری، رانندگی فرد آسیب دیده برای مراجعه به مرکز درمانی مجاز نیست. بیمار را ارجاع فوری *دهید.
درد، حساسیت در محل آسیب، تورم و تغییر شکل، کاهش فعالیت عضو، علایم و نشانه های شوک در آسیب‌های لگن و ران	شکستگی های بسته	تا زمانی که واقعاً نیاز نیست، مصدوم را حرکت ندهید. از فشار آوردن مستقیم روی محل شکستگی بپرهیزید. اندام شکسته را صاف نکنید. در شکستگی پا: پای آسیب دیده را به پای سالم مقابل ببندید. در شکستگی دست: آن را به گردن آویزان کنید. در محل‌های تماس پوست با پوست، از پنبه یا باند استفاده کنید. مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری *دهید.
فوریت ها		
علایم شکستگی بسته همراه با وجود زخم در محل شکستگی استخوان به طوریکه شکستگی به سطح پوست راه پیدا کند	شکستگی های باز	علاوه بر رعایت اصول بی‌حرکت سازی، استفاده از گاز استریل روی زخم به منظور جلوگیری از خونریزی و عفونت ضروریست. مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. خونریزی را با فشار ملایم لبه های زخم دور استخوان بیرون زده شده، بدون سعی در جا انداختن استخوان، کنترل کنید. به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری* دهید.
کاهش هوشیاری، خواب آلودگی نسبی یا کوتاه مدت، تهوع و استفراغ، تاری دید، کاهش حافظه و تعادل، نابرابری اندازهٔ مردمک ها یا اتساع آن ها، خونریزی از بینی و گوش، سردرد شدید منتشر و تشنج	صدمات سر	راه هوایی را تمیز کنید. علایم حیاتی را کنترل کنید. بیمار را به پهلو بخوابانید تا خون و ترشحات خارج شود. از چرخاندن سر به تنهایی بپرهیزید، هنگام هر حرکتی سر و گردن را محافظت کنید زیرا خطر آسیب نخاع وجود دارد. **در صورت وجود خون و ترشحات در راه هوایی، بیمار را با حفظ راستای سر و گردن(سر و گردن هم زمان با تنه) به پهلو

		بچرخانید تا ترشحات خارج شوند هرگونه زخم و خونریزی را پانسمان کنید اگر بیمار هوشیار است وی را بی حرکت کنید و سر و گردن را در یک راستا قرار دهید در صورت وجود هر گونه ترشح از گوش یا بینی آن را با پانسمان بپوشانید اما از پانسمان فشاری استفاده نکنید با توجه به وضعیت آب و هوا بیمار را بپوشانید و گرم نگه دارید بیمار را ارجاع فوری *دهید.
استفراغ یا اق زدن، درد معده، اسهال، تشنج و هذیان، مشکلات تنفسی، تغییر وضعیت هوشیاری، احساس بوی مواد شیمیایی، سردرد، احساس سوزش و درد در دهان و گلو و معده	مسمومیت	پرسش از مصدوم در مورد نوع و زمان و مقدار ماده خورده شده به هیچ وجه سعی در القاء استفراغ نکنید. توجه زیادی به محافظت از راه هوایی و وضعیت تنفس بیمار شود. در صورت کاهش هوشیاری، دستورات کاهش هوشیاری انجام شود. به موارد مرتبط با مواد مسمومیت زا مانند قرص ها، مواد ناشناخته و هرگونه علامت مشکوک توجه کنید. در صورت بیهوش بودن، اگر تنفس طبیعی دارد او را به یک پهلو قرار قرار دهید و در صورت عدم وجود تنفس طبق دستورالعمل احیای قلبی ریوی را شروع کنید. به بیمار هوشیار یا نیمه هوشیار برای در آوردن لباس های آلوده کمک کنید و سموم را از روی پوست بشویید. از راه دهان به بیماران مسموم چیزی نخورانید. ارجاع فوری * دهید.
پارگی ناحیه سطحی پوست، قرمزی، تاول، کنده شدن پوست، احساس سوزش و درد و آسیب لایه های زیرین پوست در	سوختگی	محل سوختگی را زیر جریان آب تمیز و خنک به مدت حداقل 15 تا 20 دقیقه تا زمان برطرف شدن درد قرار دهید" . لباس های تنگ و سوخته و زیور آلات را از تن مصدوم خارج کنید. در صورتی که لباس محل سوختگی چسبیده باشد، به جای

موارد شدید		سعی در کندن آن، اطراف آن را قیچی کنید. از یک پانسمان تمیز غیر چسبنده یا یک پارچه کتان بدون پرز، بدون مالیدن دارو استفاده کنید. اندامی را که دچار سوختگی شده بی‌حرکت کرده، از سطح بدن بالاتر نگه‌دارید. به علت خطر مسمومیت با گازهای سمی، قربانی را در هوای آزاد قرار داده و به وضعیت تنفس وی توجه کنید. اگر مصدوم هوشیار نیست طبق دستور مربوطه اقدام کنید. ارجاع فوری * دهید
فوریت ها		
آسیب سرمایی به اندام‌ها در اثر تماس طولانی مدت با سرمای خشک یا مرطوب به صورت قرمزی، تورم، کبودی و حتی زخم و تاول اغلب در انگشتان دست و پا، لاله گوش و بینی	سرمازدگی و یخ زدگی	مصدوم را از محیط سرد دور کنید. لباس، جوراب و کفش‌های خیس را هرچه سریع تر خارج نمایید. عضو سرمازده را به ملایمت خشک کنید. آن را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. از حرارت مستقیم برای گرم کردن عضو استفاده نکنید. هرگز تاول‌ها را تخلیه نکنید. برای گرم کردن عضو آسیب دیده در موارد خفیف، دور آن پتو بپیچید. از ذوب کردن اندام یخ زده پرهیز کنید. از پماد یا داروی موضعی استفاده نکنید. اجازه راه رفتن روی پای یخ زده را به مصدوم ندهید. از مالیدن برف یا ماساژ اندام یخ زده جداً خودداری کنید. ارجاع فوری *دهید.
علایم گرمازدگی از آسیب‌های خفیف مانند تورم اندام تحتانی، عرق سوز، گرفتگی‌های عضلانی تا یک تظاهرات شدید و حاد به صورت از دست دادن شدید مایعات بدن، تحریک‌پذیری، گیجی، پرخاشگری، تشنج و کاهش سطح هوشیاری بروز می کند.	گرمازدگی	مصدوم را از محیط گرم به خنک ترین جای ممکن و دور از تابش مستقیم آفتاب منتقل کنید. وی را در وضعیت نیم نشسته قرار دهید به طوری که پاهایش کمی بالاتر قرار گیرد. در صورت امکان، لباس های قربانی را در آورده و بر روی بدنش آب ولرم بپاشید یا اسپری کنید و سپس با باد زدن سعی در خنک کردن وی کنید. مراقب راه هوایی و تنفس فرد بوده و در صورت عدم وجود خطر و با احتیاط به وی مایعات خنک (دوغ یا آب میوه و نمک) بنوشانید.

		در نواحی عرق‌سوز از پودر بچه، تالک و ... استفاده نکنید. ارجاع فوری* دهید.
	غرق‌شدگی	در اولین فرصت ممکن(در حین خارج سازی)، عملیات احیا را آغاز کنید. سعی در تخلیه آب وارد شده به معده یا ریه ها (مانند فشار روی شکم)نکنید. همه مصدومان حتی موارد بی‌علامت را به بیمارستان ارجاع فوری *دهید. در حین انتقال مصدوم را گرم نگه‌دارید.
از دست دادن هوشیاری، توقف ضربان قلب، سوختگی های عمیق	برق گرفتگی و صاعقه زدگی	جریان برق را قطع کنید، بروی یک جسم عایق بایستید و بدن مصدوم را در قسمت بدون لباس لمس نکنید . اگر عامل برق‌گرفتگی، سقوط کابل فشارقوی بروی زمین است، باید حداقل 9 متر از آن دور شوید. توجه داشته باشید، چوب و وسایل پلاستیکی، در برابر جریان‌های فشار قوی عایق نیستند. در موارد صاعقه‌زدگی، مصدوم را از مکان مرتفع و مجاورت با درخت، ماشین، کنار دریا و دریاچه دور نمایید. در صورت لزوم در اولین فرصت عملیات احیا را آغاز کنید. در موارد سوختگی، مطابق دستورالعمل مربوطه رفتار کنید. ارجاع فوری* دهید

راهنماها و توصیه ها

راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن

تابلوی سنجش بینایی (E) را در جای مناسب نصب کرده (متناسب با قد دانش آموز) به نحوی که نور کافی به آن بتابد. (بهتر است تابلو رو به روی پنجره باشد و دانش آموز مورد معاینه پشت به پنجره قرار گیرد)

دانش آموز با چشم پوش یا کف دست یکی از چشم هایش را به طوری که فشار بر آن وارد نشود، بپوشاند. حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت قرار گرفتن دندانه E سوال شود. به همین ترتیب چشم دیگر و بعد هر دو چشم معاینه شوند.

به نکات زیر توجه کنید:

- **در هنگام آزمایش چشم، به حرکات دانش آموز مانند جلو آوردن سر، تنگ کردن چشم، ریزش اشک یا پلک زدن های پی در پی توجه کنید. این علایم نشان دهنده ضعف بینایی است.**
- **اگر دانش آموز با دست چشمش را فشار دهد یا پلک را بمالد، تعیین دید چشم تقریباً تا یک دقیقه و کمی بیش تر از آن صحیح نیست و باید صبر کرد تا چشم به وضع عادی برگردد.**
- **اکثر دانش آموزانی که یک چشمشان ضعیف تر از چشم دیگر است، نمی دانند که دید رضایت بخش آن ها مربوط به چشم سالم است و تصور می کنند هر دو چشم آن ها خوب می بیند. برای کشف چنین مواردی دقت کنید.**
- **صورت دانش آموز در هنگام معاینه کاملاً مقابل تابلو قرار گیرد و مستقیماً به روبه رو نگاه کند. گرداندن سر با چشم به یک طرف ممکن است دلیل اختلالی در دید و یا ساختمان درونی چشم باشد که باید در نظر گرفته شود.**
- **در معاینه با تابلوی سنجش بینایی (E) بایستی از حروف در جهات مختلف استفاده شود.**

راهنمای مراقبت از نظر شنوایی

ملاحظات مربوط به خدمات اولیه مراقبت شنوایی رده سنی 5 تا 18 سال

نوجوانان رده سنی 5 تا 18 سال با احتمال کم شنوایی در وهله نخست با وجود علائم ذیل مشخص می شوند:

- نگرانی خانواده در مورد کم شنوایی فرزند
- در غربالگری شنوایی با نتیجه ارجاع مشخص شده باشند.
- واجد یک یا چند عامل خطر برای کم شنوایی، صرف نظر از نتیجه غربالگری باشند (به شاخص های خطر مراجعه کنید).
- نتایج تست های ادیولوژیک نشان دهنده کم شنوایی در یک یا هر دو گوش باشد.

عوامل خطر کم شنوایی

عوامل خطر ابتلا به کم شنوایی رده سنی 5 تا 18 سال

- سابقه وجود کم شنوایی دوران کودکی در اعضاء خانواده
- وجود سرومن فشرده و یا هرگونه جسم خارجی در مجرای شنوایی خارجی
- وجود درد، تورم، و تندرتس در اطراف لاله گوش و مجرا و یا خارش شدید در گوش
- وجود ترشح از گوش ها
- شنیدن هر گونه صدای وزوز مانند در گوش ها یا سر
- گزارش سرگیجه واقعی با و بدون تهوع همراه با احساس پری یا سنگینی در گوش و احساس وزوز در گوش ها یا سر
- گزارش مشکل در درک کلمات محاوره ای بخصوص در محیط های شلوغ و پر سروصدا
- گزارش گوش کردن به تلویزیون، رادیو و یا هرگونه وسایل صوتی دیگر با صدای بلند بخصوص توسط هندزفری و یا هدفون
- گزارش عدم شنیدن مکالمه تلفنی در افراد توسط یک گوش (مثلا از گوش راست یا چپ)
- عدم انجام غربالگری شنوایی مربوط به مراقبت کودک 5-3 سال و همچنین 5 تا 18 سال و یا مثبت بودن نتیجه غربالگری شنوایی نوزاد
- ابراز نگرانی خانواده از کم شنوایی نوجوان یا جوان خود

- وجود هر گونه ناهنجاری در سر و صورت مانند بد شکلی های لاله گوش یا مجرا، وجود زائده گوش (Ear Tags)، وجود سوراخ یا منافذ روی گوش، و ناهنجاری های استخوان گیجگاهی
- وجود یافته های فیزیکی سندرمی روی موها و یا سر که همراه با کم شنوایی حسی عصبی و یا انتقالی دائمی باشند، مانند وجود دسته مو سفید جلوی پیشانی
- مصرف دارو های دارای خطر بالا برای بروز کم شنوایی (اتوتوکسیک) مانند داروهای آمینوگلیکوزیدی، دیورتیک ها مانند فورسماید، کینین و هیدروکلروکین، سالیسیلات ها و داروهای شیمی درمانی مانند سیس پلاتین و یا کربوپلاتین و ....
- وجود سندرم های همراه با کم شنوایی یا وجود کم شنوایی های پیشرونده و یا کم شنوایی های دیر-آغاز مثل نوروفیبرماتوز نوع 2، استئوپتروزیس، و سندرم آشر ودیگر سندرم های شناخته شده شایع مانند واردنبرگ، آلپورت، پندرد، و ژرول-لانک نیلسون.
- اختلالات نورودژنراتیو مانند سندرم هانتر، یا نوروپاتی های حسی حرکتی مثل آتاکسی فردریش و سندرم شارکوت-ماری-توث.
- نتیجه کشت-مثبت برخی از عفونت های همراه با کم شنوایی حسی عصبی شامل مننژیت های تایید شده با منشا باکتریال و ویروسی (بویژه ویروس هرپس و واریسلا).
- کودکان مبتلا به اتیت میانی برگشت پذیر بیش از 3 ماه
- وجود عوامل خطر ابتلا به کم شنوایی دوران نوزادی بخصوص کودکانی که در دوره نوزادی خود در بخش مراقبت های ویژه (NICU) بستری بوده اند.
- سابقه ضربه به سر بویژه شکستگی های استخوان گیجگاهی و قاعده جمجمه که باعث از دست رفتن هوشیاری یا بستری شدن در بیمارستان گردد.
- شیمی درمانی

نکات اصلی برنامه

- ❖ تمامی افراد 5 تا 18 سال که در غربالگری شنوایی دارای نتیجه مثبت یا ارجاع می باشند باید برای انجام ارزیابی های تشخیصی دقیق به مراکز سطح دوم خدمات تشخیصی شنوایی شناسی ارجاع شوند.
- ❖ کلیه نوجوانان و جوانان رده سنی 5 تا 18 سال که دارای یک و یا چند عامل خطر مندرج در راهنمای بالینی هستند باید مستقیما جهت انجام آزمایشات تشخیصی شنوایی به سطح دوم مراقبت مرکز شنوایی شناسی ارجاع شوند و پس از انجام نتیجه ثبت گردد.
- ❖ هنگامی که هر درجه ای از کم شنوایی تشخیص داده شد (مثل کم شنوایی "موقت و یا گذرا") باید ظرف مدت 7 روز کاری پس از تأیید کم شنوایی، جهت انجام مداخله درمانی بموقع شنوایی به متخصص گوش گلو بینی ارجاع صورت پذیرد.
- ❖ پیگیری مراقبت های مرتب و جاری برای تمام انواع کم شنوایی (چه بصورت"گذرا" و چه دائمی) می بایستی توسط شنوایی شناس آموزش دیده همراه با مراقبت های پزشکی مربوطه انجام پذیرد.
- ❖ آندسته از کودکانی که در غربالگری شنوایی بدو تولد خود دارای نتیجه منفی (سالم) بوده اند ولیکن واجد عامل خطر برای بروز کم شنوایی بوده اند، باید در مورد آنها اطمینان حاصل شود که در 24 تا 30 ماهگی و همچنین در مراقبت بعدی آنها یعنی 3 تا 5 سالگی تحت ارزیابی های تشخیصی ادیولوژیک داشته اند.
- ❖ صرف نظر از نتایج غربالگری شنوایی قبلی، تمامی خدمت گیرندگان با یا بدون عوامل خطر کم شنوایی باید بطور مرتب از نظر وضعیت شنوایی و اختلالات گوش میانی در جریان مراقبت های بعدی در مراکز و پایگاههای بهداشتی پیگیری شوند.









مراحل اجرا شده در تست غربالگری نجوا:

1. پشت سر بیمار طبق تصویر فوق بایستید. این وضعیت امکان لب خوانی را از بین می برد.
2. گوش یک سمت را با فشار ملایم روی زبانه جلوی گوش (تراگوس) با خود انگشت مسدود کنید.
3. در فاصله 60 سانتیمتری (پشت سر) از آزمایش شونده بخواهید تا مجموعه ای از 3 عدد تصادفی مختلف (به عنوان مثال، 6،1،9) را که به صورت نجوا (در حدود شدت 30 – 35 دسیبل) در گوش مورد آزمایش ارائه می شود را تکرار کند. محیط بایستی بسیار آرام باشد و کودک بایستی توجه و تمرکز کافی داشته باشد . همچنین از آزمایش شونده بخواهید که از سه عدد گفته شده هر چه را که شنیده است باز گو نماید.
4. مجموعه اعداد تک رقمی و یا کلمات تک سیلابی ساده و قابل فهم سن افراد (لیست پیوست) بصورت بلوک های سه تایی و بصورت تصادفی آماده و به گوش آزمایشی افراد ارائه شود.

نحوه امتیاز دهی:

- ✓ **نمره قابل قبول (نتیجه منفی و یا PASS) وقتی است که آزمایش شونده بتواند هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) را به درستی در سطح صدای نجوا تکرار کند یا بیش از 50٪ موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را به دست آورد.**
- ✓ **عدم موفقیت در هر تکرار عدد و یا کلمات در هر مجموعه 3 آیتمی آزمایشی، بمنزله نتیجه مثبت به نفع کم شنوایی تلقی می شود. بنابراین عدم شنیدن صدای نجوا در فاصله 60 سانتی متری نشان دهنده افت شنوایی می تواند تلقی شود.**

لیست اعداد آزمایشی مورد استفاده در تست نجوا

سری آزمایشی 1	سه	شش	هشت	
سری آزمایشی 2	شش	یک	نه	
سری آزمایشی 3	یک	سه	پنج	
سری آزمایشی 4	دو	هشت	سه	
سری آزمایشی 5	دو	هفت	پنج	
سری آزمایشی 6	نه	سه	شش	
سری آزمایشی 7	شش	سه	شش	
سری آزمایشی 8	هفت	نه	یک	
سری آزمایشی 9	یک	هفت	سه	
سری آزمایشی 10	هشت	دو	هفت	
سری آزمایشی 11	دو	هفت	سه	
سری آزمایشی 13	شش	دو	هفت	
سری آزمایشی 14	سه	هفت	نه	
سری آزمایشی 15	سه	هفت	پنج	
سری آزمایشی 16	سه	پنج	دو	
سری آزمایشی 17	پنج	هفت	یک	

چگونه می توان تغذیه درست داشت؟

شرط اصلی سالم زیستن، داشتن تغذیه صحیح است. یک برنامه غذایی سالم موجب سلامت جسم و روان می شود .تغذیه صحیح یعنی رعایت سه اصل تعادل و تنوع و تناسب در برنامه غذایی روزانه.تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از موادمغذی مورد نیاز برای حفظ سلامت بدن ، تنوع یعنی مصرف انواع مختلف مواد غذایی از 6 گروه اصلی غذایی و تناسب یعنی هر فردی با توجه به سن ، جنس و شرایط جسمی خود از گروه های مختلف مواد غذایی دریافت کند.

بهترین راه اطمینان از تعادل و تنوع و تناسب در غذای روزانه استفاده از هر 6 گروه اصلی غذایی است.6 گروه اصلی غذایی عبارتند از: گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت و تخم مرغ و گروه حبوبات و مغزها. مواد غذایی هر گروه، دارای ارزش غذایی تقریباً یکسان هستند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد.مقایسه مقدار مصرف روزانه از گروه های غذایی را می توان با استفاده از شکل یک هرم نشان داد.

هرم غذایی چیست؟

هرم غذایی نشان دهنده گروه های غذایی و موادی است که در هر گروه جای می گیرند. قرار گرفتن موادغذایی در بالای هرم که کم ترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی است که افراد بزرگسال باید از این دسته از مواد غذایی کم تر مصرف کنند (مانند قندها و چربی ها). هر چه از بالای هرم به سمت پایین نزدیک می شویم حجمی که گروه های غذایی به خود اختصاص می دهند بیشتر می شود که به این معنی است که مقدار مصرف روزانه این دسته از مواد غذایی باید بیشتر باشد.شناسایی گروه های غذایی به عنوان راهنمایی برای تغذیه کلیه گروه های سنی در جامعه ضروری است و پایه و اساس برنامه ریزی غذایی است که البته در گروه های سنی مختلف قابل انطباق با شرایط ویژه آن گروه می باشد.

معرفی گروه های غذایی:

هرفرد برای دستیابی به سلامت، نیاز به مصرف روزانه تمام گروه های غذایی دارد. مواد غذایی به6 گروه اصلی غذایی تقسیم می شوند که عبارتند از:

1. نان و غلات
2. سبزی ها
3. میوه ها
4. شیر و فرآورده های آن
5. گوشت، و تخم مرغ
6. حبوبات و مغز دانه

نکته: چربی ها و شیرینی ها گروه متفرقه محسوب می شوند و باید به مقدار کم مصرف شوند

گروه نان و غلات:

- مواد غذایی این گروه، شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار(سنگک، نان جو)، نان های سنتی سفید(لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آن ها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. گروه نان و غلات منبع کربوهیدرات های پیچیده و فیبر (مواد غیر قابل هضم گیاهی)، برخی ویتامین های گروهB ، آهن، پروتئین و منیزیم می باشد. برای کامل کردن پروتئین گروه نان و غلات بهتر است آنها را به صورت مخلوط با حبوبات مثلا عدس پلو، باقلا پلو، ماش پلو ،عدسی با نان مصرف نمود تا همه اسید امینه های ضروری تامین شود

میزان توصیه شده مصرف روزانه 11- 6 واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- **30 گرم نان یا یک کف دست بدون انگشتان یا یک برش 10 ×10 سانتی متری از نان بربری، سنگک و تافتون و برای نان لواش 4 کف دست، یا**
- **30 گرم یا سه چهارم لیوان غلات صبحانه، یا**
- **نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته، یا**
- **3 عدد بیسکویت ساده بخصوص نوع سبوس دار**

چگونه باید از گروه نان و غلات استفاده کرد؟

- **تا حد امکان برنج باید به صورت کته مصرف شود، زیرا آبکش کردن برنج موجب می‌شود که ویتامین‌های گروه B موجود در برنج، در آب حل شده و دور ریخته شود.**
- **به جای استفاده از نان‌های سفید که از آرد بدون سبوس تهیه می‌شوند، از نان‌های سبوس‌دار مثل نان سنگک، نان جو و یا نان‌های مشابه استفاده شود. هم چنین از نان‌هایی استفاده شود که در تهیه آنها جوش شیرین بکار نرفته است.**
- **به جای نان وبرنج می توان از ماکارونی ، خصوصا از نوع سبوس دار آن استفاده کرد.**
- **انواع غلات بو داده مثل برنجک، گندم برشته و ذرت بو داده تنقلات غذایی با ارزشی هستند و دانش‌آموزان می‌توانند به عنوان میان وعده از آنها استفاده کنند.**

گروه سبزی ها:

این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، انواع کلم، هویج، بادمجان، نخود سبز، لوبیا سبز، انواع کدو، فلفل، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز می باشد. این گروه دارای انواع ویتامین هایA، B و C، مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیوم و مقدار قابل توجهی فیبر است . این گروه نسبت به سایر گروه ها انرژ ی و پروتئین کمتری دارند و در مقایسه با گروه میوه ها فیبر بیشتری دارند. در کل ارزش کالری زایی این گروه به غیر از بعضی از سبزی های نشاسته ای مانند: سیب زمینی ، ذرت ، نخود فرنگی و... از سایر گروه ها کمتر است. میزان توصیه شده مصرف روزانه سبزی ها 5- 3 واحد است.

هر واحد سبزی برابر است با:

- **یک لیوان سبزی های خام برگ دار (اسفناج و کاهو)، یا**
- **نصف لیوان سبزی های پخته یا**
- **نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده، یا**
- **یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط**

چگونه باید از گروه سبزی ها استفاده کرد؟

- **تا حد امکان سبزی‌ها را باید به صورت خام مصرف کنید زیرا پختن سبزی‌ها به ویژه اگر به مدت طولانی باشد موجب از بین رفتن ویتامین‌های آن می‌شود. از انواع سبزی ها می توان سبزی خوردن، گوجه**

فرنگی، پیاز، خیار، گل‌کلم، هویج ، شلغم، ترب و انواع فلفل سبز ، مثال‌هایی را نام برد که باید کودکان و نوجوانان را تشویق کرد که همراه با غذا از آن استفاده کنند. (اول آب را به جوش آورید وبعد سبزی را داخل آن ریخت ودرب ظرف بسته باشد.)

- می‌توانید انواع ساندویچ‌ها را با سبزی‌های مختلف به عنوان میان‌وعده مصرف کنید. مثلاً نان و پنیر و سبزی، نان و پنیر وگوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم‌مرغ و گوجه فرنگی ، نان و کوکو یا کتلت با سبزیهای متنوع
- اگر برای وعده ناهار یا شام سالاد در نظر گرفته می‌شود نباید از ساعات قبل سالاد را تهیه کرد، زیرا ویتامین‌های موجود در اجزاء سالاد مثل گوجه فرنگی، پیاز، فلفل دلمه ای و... در معرض هوا تخریب شده و از بین می‌رود.
- کودک یا نوجوان را تشویق کنید که از جوانه غلات و حبوبات مثل عدس و ماش وگندم همراه با سالاد استفاده کنند. اگر مادران در منزل جوانه تهیه کنند، حتی به عنوان تنقلات می‌توانند برای افراد خانواده از آن استفاده کنند.
- استفاده از چاشنی‌هایی مانند آب لیمو، آب نارنج، آب غوره و روغن زیتون برای سالاد سالم‌تر از انواع سس‌های چرب مثل مایونز و سس سالاد است. می‌توان در منزل با استفاده از ماست کم چرب، آب لیمو یا سرکه و روغن زیتون یک سس سالم برای سالاد تهیه کرد.
- از انواع سبزی‌های پخته مثل هویج پخته، لوبیا سبز، نخود فرنگی پخته، کدو حلوایی و لبو، گل کلم، کرفس، ریواس، کنگر، بادمجان و کدوی خورشتی همراه با غذا استفاده شود.
- سبزی هایی مثل اسفناج بهتر است با آب کم و با حرارت کم پخته شوند که ویتامین‌های خود را ازدست ندهند. لوبیاسبز، نخود فرنگی، هویج، چغندر، کدو حلوایی و کدوی خورشتی باید به صورتی پخته شوند که در انتهای طبخ آب افزوده شده کاملاً به خورد آن رفته باشد.
- پختن سبزی ها در آب زیاد موجب حل شدن ویتامین‌ها و املاح در آب می‌شود و به این ترتیب مقدار زیادی از این مواد از دست می‌روند. در صورتی که پس از طبخ سبزی‌ها مقداری از آب آن باقی ماند، از آن در طبخ غذاها باید استفاده شود.
- در هنگام مصرف سبزی‌های خام مثل سبزی خوردن، باید دقت شود که کاملاً شسته و ضدعفونی شده باشند(مطابق دستورالعمل ارسالی بهداشت محیط) *.

گروه میوه ها:

این گروه شامل انواع میوه، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک (خشکبار) می باشد. میوه‌ها نیز مانند سبزی ها در مقایسه با گروه‌های دیگر انرژی و پروتئین کمتری دارند. مواد مغذی مهم این گروه شامل ویتامین‌A،C، فیبر و مواد معدنی است. میوه ها حاوی آنتی اکسیدان ها می باشند. آنتی‌اکسیدان‌ها (ویتامین C، A،E ، سلنیوم و بتا کاروتن) مواد سلامت بخشی هستند که شادابی و سلامت پوست، کاهش فرآیند پیری و مبارزه با عومل سرطان‌زا از مهم‌ترین خواص آن‌ها می‌باشد. میوه های غنی از ویتامین Cشامل انواع مرکبات (مانند پرتغال، نارنگی، لیمو ترش، لیمو شیرین) و انواع توتها می باشد که در ترمیم زخمها و افزایش جذب آهن نقش مهمی دارند و در برنامه غذایی کودکان جایگاه ویژه ای دارند. میوه های غنی از بتا کاروتن (پیش ساز ویتامین A)عبارتند از طالبی، خرمالو، شلیل و هلو، که مصرف این گروه نیز در جلو گیری از خشکی پوست، افزایش مقاومت بدن در برابر عفونت ، رشد کودکان و نوجوانان و سلامت چشم نقش مهمی دارند. بطور کلی تمام سبزی ها و میوه های به رنگ سبز تیره ، زرد ، نارنجی ، قرمز حاوی بتا کاروتن هستند. میزان مورد نیاز مصرف روزانه میوه ها 4- 2 واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- یک عدد میوه متوسط(سیب، موز، پرتقال یا گلابی)، یا
- نصف گریپ فروت، یا

- نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، انار، یا
- نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه، یا
- یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار ، یا
- سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی

چگونه باید از گروه میوه هااستفاده کرد؟

- میوه های تازه یا آب‌میوه تازه و طبیعی را به عنوان میان وعده در طول روز مصرف کنید. بیشتر از میوه‌های تازه بجای آب میوه استفاده کنید، تا بتوانید از ارزش فیبر آنها بیشتر بهره ببرید.
- صبح ها میوه تازه یا آب میوه تازه و طبیعی میل کنید. آب میوه صنعتی به هیچوجه جایگزین آب میوه طبیعی نخواهد شد.
- میوه‌های خرد شده و قطعه قطعه شده را سعی کنید سریع مصرف کنید و تا زمان مصرف در یخچال نگهداری کنید. زیرا با پوست کندن و قطعه قطعه کردن و با آسیب به بافت میوه به مرور محتوای ویتـامین ها در آن کم خواهد شد.
- در هنگام خرید میوه هایی راخریداری کنید که بافت و پوست سالمی دارند و بیش از حد نرم نشده اند..
- تنوع را در مصرف میوه ها رعایت کنید. زیرا ترکیب میوه ها نیز با هم متفاوت می باشد. بدین ترتیب ویتامین ها و ترکیبات مختلف را دریافت می کنید.
- میوه‌ها را قبل از مصرف بشوئید تا آلودگی ها از سطح آن پاک شود . بهتر است قبل از مصرف پوست میوه ها را جدا کنید.
- اگر پوست میوه را جدا کردید از قرار دادن آن در مجاورت هوا خودداری کنید زیرا ویتامین‌های آن به خصوص ویتامین C از بین می‌رود.
- آب میوه های طبیعی بخورید و از خوردن آب میوه های صنعتی که حاوی قند افزوده هستند ، پرهیز کنید،
- در میان وعده می توانید از میوه های خشک استفاده کنید ولی توجه داشته باشید که میوه‌های خشک قند زیادی دارند . بنابریاین سعی کنید تا حد امکان خود میوه تازه را مصرف کنید.

گروه شیر و لبنیات:

این گروه شامل شیر و فرآورده های آن (ماست، پنیر، کشک، بستنی و دوغ) می باشد که توصیه می شود از انواع کم چرب آن استفاده شود.این گروه دارای کلسیم، پروتئین، فسفر، ویتامین B12 وB2 و سایر مواد مغذی می باشد و بهترین منبع تامین کننده کلسیم است که برای رشد و استحکام استخوان و دندان ضروری است.

میزان توصیه شده مصرف روزانه لبنیات 3- 2 واحد است.

یک واحد از یک گروه برابر است با:

- یک لیوان شیر یا ماست کم چرب(کم تر از 2.5 درصد)،
- 45 تا 60 گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت، یا
- یک چهارم لیوان کشک، یا
- 2 لیوان دوغ، یا
- یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه

چگونه باید از گروه لبنیات استفاده کرد ؟

- **از لبنیات کم‌چربی و یا بدون چربی استفاده شود.**

ویتامین‌های محلول در چربی بویژه ویتامین A که در چربی شیر و لبنیات وجود دارد برای رشد بدن ضروری است. از سوی دیگر چربی یکی از منابع عمده تأمین انرژی است و در دوران رشد، نیاز به انرژی بالاست. در سنین مدرسه و بلوغ ، شیر و لبنیات کم چرب (کمتر از 2/5٪) مصرف شود.بررسی شود

- **از مصرف پنیر تازه باید پرهیز شود مگر اینکه با شیر پاستوریزه تهیه شده باشد.**
- **هنگام استفاده از کشک باید دقت شود کپک زدگی و بوی نامطبوع نداشته باشد. کشک مایع را قبل از مصرف باید به مدت 5 دقیقه جوشاند.**
- **از بستنی‌هایی که با شیر جوشیده شده و یا پاستوریزه تهیه شده‌اند باید استفاده شود.**
- **از پنیر و دوغ کم نمک استفاده شود .**

گروه گوشت و تخم مرغ

انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشتهای سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) و تخم‌مرغ در این گروه قرار می‌گیرند این گروه .نقش مهمی در تأمین پروتئین بدن دارند و علاوه بر پروتئین، آهن و روی نیز دارند و به همین دلیل برای رشد و خونسازی مناسب لازم هستند.مواد غذایی این گروه نقش مهمی در تامین پروتئین و ریز مغذی از جمله آهن و روی دارند.

میزان توصیه شده مصرف روزانه برابر با 2- 1 واحد است .

هر واحداز این گروه برابر است با:

- **2 تکه (هر تکه 30 گرم) گوشت خورشتی پخته، یا**
- **نصف ران متوسط مرغ یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست)، یا**
- **یک تکه ماهی به اندازه کف دست (بدون انگشت) ، یا**
- **دو عدد تخم مرغ**

چگونه باید از گروه گوشت و تخم مرغ استفاده کرد ؟

- **چربی و کلسترول زبان وکله پاچه زیاد است. این مواد غذایی را خیلی کم مصرف کنید.**
- **بهتر است بیشتر از گوشت های سفید مانند مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز استفاده کنید.**
- **ماهی و آبزیان منبع خوبی از امگا3 هستند . حداقل هفته ای 2 مرتبه از آن ها استفاده کنید.**
- **فرآورده های گوشتی مثل سوسیس، کالباس و همبرگر حاوی مقادیر زیادی نمک و چربی نوع اشباع و ترانس هستند بنابراین مصرف این غذاها را کاهش دهید .**
- **حتما در بسته بندی‌های محصولات گوشتی از کیسه های پلاستیکی استفاده کنید که نسبت به رطوبت و هوا نفوذ ناپذیر باشند در غیر این صورت این مواد غذایی دچار پدیده سوختگی سطحی می‌شوند که**

علاوه بر از دست دادن ویژگی‌های کیفی، ارزش غذایی آن نیز کاهش پیدا می‌کند.

- کلسترول بد (LDL) خطر بیماری های عروق کرونری قلب را افزایش می دهد. تعدادی از غذاهای موجود در این گروه شامل قسمتهای چرب گوشت گاو، بره و سوسیس وکالباس ، هات داگ در صورت مصرف زیاد موجب افزایش کلسترول بد می شوند.

6- گروه حبوبات و مغز دانه ها:

حبوبات (نخود، لوبیا، عدس، باقلا، لپه، ماش) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه ها) در این گروه قرار دارند. حبوبات ، منبع خوبی از پروتئین هستند و به صورت ترکیب با غلات، پروتئین با کیفیت بالا را برای بدن تأمین می‌کنند همچنین مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) میان وعده های مناسب برای تامین پروتئین، چربی مطلوب ، انرژی و برخی از مواد مغذی مانند آهن هستند. .میزان توصیه شده مصرف روزانه برابر با 1 واحد است .

هر واحداز این گروه برابر است با:

- یک لیوان حبوبات پخته، یا
- یک سوم لیوان مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، پسته وتخمه و...)

چگونه باید از گروه حبوبات و مغز دانه ها استفاده کرد؟

- مغزها علاوه بر پروتئین حاوی مقدار زیادی چربی نیز هستند و مصرف زیاد آنها می تواند موجب اضافه وزن وچاقی بشود. جملات با مشورت اداره تغذیه اصلاح شود.
- بهتر است مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) را خام بخورید. اگر نوع بو داده آن را می خورید از نوع کم نمک آن استفاده کنید.
- دانه های آفتابگردان، بادام، فندق غنی ترین منبع ویتامین Eدر این گروه می باشند. برای دریافت مقدار توصیه شده ی روزانه ویتامین Eاز مغزدانه ها و دانه های روغنی مصرف نمایید.
- حبوبات منبع خوبی از پروتئین، ویتامین ها و مواد معدنی هستند. بنابراین در وعده های غذایی اصلی (مثل صبحانه) خوراک هایی مثل عدسی و لوبیا پخته بخورید.
- برای افزایش مصرف حبوبات می توانید راهکار های مختلفی همچون استفاده از حبوبات مثل لپه ،عدس یا نخود در تهیه کوکو یا کتلت را به کار گیرید .
- ترکیب حبوبات با غلات ارزش پروتئینی بالایی دارد پس بهتر است بیشتر برنج را به صورت مخلوط با حبوبات مثل باقلا پلو، عدس پلو، ماش پلو، لوبیا چشم بلبلی با پلو و .... مصرف کنید.
- به مواد غذایی حاوی حبوبات (عدسی خوراک لوبیا و ....) چاشنی های حاوی ویتامین C مثل آبلیمو یا نارنج به منظور افزایش جذب آهن حبوبات ، اضافه کنید. همچنین ترکیب حبوبات با گوشت هم باعث افزایش جذب آهن هر دو ماده غذایی می شود.

گروه متفرقه:

این گروه شامل انواع مواد قندی و چربی ها است. توصیه می شود افراد بزرگسال در برنامه غذایی روزانه از این گروه کمتر مصرف کنند.

انواع مواد غذایی این گروه عبارتنداز:

الف- چربی ها (روغن های جامد و روغن های مایع، پیه، دنبه، کره، خامه، سرشیر و سس های چرب مثل مایونز)

ب- شیرینی ها و مواد قندی (مثل انواع مربا، شربت، قند و شکر، انواع شیرینی های خشک و تر، انواع پیراشکی، آب نبات و شکلات)

پ- ترشی ها، شورها و چاشنی ها (انواع ترشی و شور، فلفل، نمک، زردچوبه، دارچین و غیره).

ت- نوشیدنی ها (نوشابه های گازدار، چای، قهوه، انواع آب میوه های صنعتی و پودرهای آماده مثل پودر پرتقال و غیره).

چند توصیه:

- **از مصرف روغن جامد پرهیز شود و از روغن مایع مخصوص پخت وپز برای پخت وپزاستفاده شود .**
- **از حرارت دادن روغن ها با شعله بالا و به مدت طولانی خودداری و برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده شود.**
- **مصرف چربی ها، شیرینی ها و چاشنی ها بسیار محدود شود.**
- **بهتر است از روغن های مناسب تر همچون زیتون و کنجد در پخت و پز و سالاد استفاده شود. لازم به ذکر است که در هنگام استفاده از این نوع روغن از شعله ملایم استفاده شود.**
- **مصـــرف نـوشیـدنی های ذکر شده در گروه متفرقه محدود شود و به جای آن ها نوشیدنی های سالم مثل آب، شیر، آب میوه تازه و دوغ کم نمک میل شود.**
- **برای رفع تشنگی، نوشیدن آب ساده بر هر آشامیدنی دیگری ترجیح دارد.**
- **مصرف غلات حجیم شده و چیپس به دلیل داشتن چربی و نمک زیاد باید محدود شود.**
- **نمک باید به میزان کم مصرف شود و از نوع نمک یددار تصفیه شده باشد.**

نیازهای تغذیه‌ای در سنین مدرسه

نیازهای تغذیه‌ای

غذاها از مواد مغذی تشکیل شده‌اند و تغذیه صحیح یعنی خوردن غذای کافی و مناسب و دریافت مقدار لازم و کافی از هر یک از این مواد مغذی که برای حفظ سلامت به طور روزانه لازمند. این نیازها با توجه به شرایط جسمی، محیطی و فردی متفاوتند و براساس سن، جنس، شرایط فیزیولوژیک، اندازه بدن و میزان فعالیت فرد تعیین می‌شوند.

انرژی: دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن ها متفاوت است و هر چه میزان تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموز بیشتر باشد به انرژی بیشتری نیاز دارد. کربوهیدرات‌ها که بیشتر در نان و غلات وجود دارند و همچنین چربی‌ها منابع تأمین کننده انرژی هستند.

پروتئین: پروتئین برای نگهداری و ترمیم بافت‌ها و ساختن سلول‌ها و بافت‌های جدید مورد نیاز است. ترکیبی از پروتئین حیوانی و گیاهی به شرط آنکه انرژی دریافتی دانش‌آموز کافی باشد می‌تواند نیاز بدن را برای رشد تأمین نماید. توصیه می‌شود حتی الامکان پروتئین حیوانی مانند پروتئین موجود در شیر، گوشت و تخم‌مرغ که پروتئین با کیفیت خوب محسوب می‌شوند در برنامه غذایی روزانه دانش‌آموز گنجانده شود.

در صورتی که در میان وعده نان و پنیر، نان و تخم‌مرغ، کتلت، انواع کوکوها مثل کوکوی سیب زمینی و یا کوکوی سبزی و یا شیر مصرف شود، بخشی از پروتئین مورد نیاز این سنین تأمین می‌شود.

ویتامین‌ها و املاح معدنی: ویتامین‌ها و املاح معدنی از طریق پنج گروه غذایی اصلی در برنامه غذایی روزانه باید به بدن برسند. برخی از ویتامین‌ها و املاح معدنی در دوران رشد نقش اساسی دارند و کمبود آن ها موجب اختلال رشد دانش‌آموز می‌شود. شایع ترین کمبودهای ویتامینی در این دوران، کمبود ویتامین A و D و شایع ترین کمبودهای املاح، کمبود ید، آهن، روی و کلسیم است.

اهمیت صرف صبحانه

نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. در شرایط ناشتایی کوتاه مدت معمولاً سطح گلوکز خون به نحوی تنظیم می‌شود که به عملکرد طبیعی مغز لطمه وارد نشود و اگر مدت زمان ناشتایی طولانی‌تر باشد، به دلیل افت قند خون، مغز قادر به فعالیت طبیعی خود نیست و در نتیجه یادگیری و تمرکز حواس مختل می‌شود. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند. نخوردن صبحانه و ناشتایی طولانی مدت، موجب افت قند خون شده و در نتیجه در وعده ناهار به علت گرسنگی و اشتهای زیاد، غذای بیشتری خورده می‌شود که در نهایت اضافه‌وزن و چاقی را به

دنبال دارد.

نکته: برای این که دانش‌آموزان اشتهای کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند باید شام را در ساعات ابتدای شب صرف کنند و حتی الامکان شب‌ها زودتر بخوابند تا صبح‌ها بتوانند زودتر بیدار شوند و وقت کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند. اگر والدین صبحانه را به عنوان یک وعده غذایی مهم تلقی کنند و هر روز دور سفره صبحانه بنشینند، خود مشوق دانش‌آموزان برای صرف صبحانه خواهند بود. والدین باید سحرخیزی، ورزش و نرمش صبحگاهی و خوردن صبحانه در محیط گرم خانواده را به کودکان خود بیاموزند. غذاهایی مثل فرنی، شیربرنج، حلیم و عدسی از ارزش غذایی بالایی برخوردارند. این غذاها را می‌توان در وعده صبحانه به دانش‌آموزان داد. غذاهایی از قبیل نان و پنیر و گردو، نان و تخم‌مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و عسل، نان و کره و خرما، همراه با یک لیوان شیر، یک صبحانه سالم و مغذی برای دانش‌آموزان به‌شمار می‌روند. یکی از دلایل نخوردن صبحانه در دانش‌آموزان تکراری و یکنواخت بودن آن است. تنوع در صبحانه، دانش‌آموزان را به خوردن صبحانه تشویق می‌کند.

میان وعده‌ها

دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه‌داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر 4 تا 6 ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.

ارزش غذایی میان وعده‌ها باید در نظر گرفته شود. موادی چون چیپس، غلات حجیم شده ارزش غذایی کمی دارند. استفاده از انجیر خشک، توت خشک، بادام، پسته، گردو، برگه زردآلو و انواع میوه‌ها نظیر سیب، پرتقال، نارنگی، هلو، زردآلو، لیمو شیرین و... سبزی هائی نظیر هویج، کاهو، خیار و ساندویچ‌هایی مانند نان و پنیر و سبزی، انواع کوکو و کتلت، نان و پنیر و خرما، می‌تواند به عنوان میان وعده در برنامه غذایی دانش‌آموزان قرار گیرد.

نکات زیررا در تغذیه دانش‌آموزان به خاطر داشته باشید:

- انرژی و مواد مغذی مورد نیاز دانش‌آموزان در این سنین بستگی به اندازه بدن، سرعت رشد و میزان فعالیت آ ن ها دارد. بنابراین یک الگوی غذایی یکسان برای دانش‌آموزان نمی‌توان تعیین کرد.
- تشویق دانش‌آموزان به ورزش موجب سوختن کالری دریافتی روزانه، شادابی و جلوگیری از اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.
- سرعت رشد دانش‌آموزان روز به روز در حال تغییر است بنابراین دریافت روزانه آن ها از نظر انرژی و موادمغذی و به طور کلی مقدار غذای مصرفی آن ها روز به روز تغییر می‌کند.
- سوء تغذیه در این دوران موجب کاهش سرعت رشد جسمی، کوتاه‌قدی و کاهش قدرت یادگیری می‌شود.
- استرس ناشی از رفتار اولیاء و مربیان یا استرس‌های مربوط به امتحانات می‌تواند روی اشتهای دانش‌آموزان اثر بگذارد. اگر این تأثیر موقت باشد مشکلی ایجاد نمی‌کند، ولی ادامه بی‌اشتهایی دانش‌آموزان می‌تواند مشکل آفرین باشد. در این صورت باید با شناسایی و رفع مشکل به دانش‌آموزان کمک شود. گاهی اوقات استرس موجب زیادخواری دانش‌آموزان می‌شود. در مورد دانش‌آموزان چاق این مساله مهم و قابل توجه است. آموزش مناسب و مشاوره با دانش‌آموزان می‌تواند تا حدودی مشکل آنان را کم کند.
- دانش‌آموزان رفتارهای غذایی والدین را الگوی خود قرار می‌دهند. بنابراین امتناع والدین از خوردن برخی از غذاها موجب می‌شود که دانش‌آموزان نیز آن غذاها را هر چند که دارای ارزش غذایی بالایی باشند، نخورند.

مقایسه میزان مورد نیاز مواد غذایی بر حسب گروه های غذایی برای گروه سنی 18- 5 سال

گروه‌های	واحد های مورد نیاز	معادل هر واحد	منابع غذایی

غذایی	5 سال	6–11 سال	18–12 سال		
نان و غلات	6	6 -11	9 -11	یک کف دست بدون انگشت (معادل 30 گرم) انواع نان ها مثل نان بربری، سنگگ یا 4 کف دست نان لواش (معادل 30 گرم) یا نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته یا3 عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس دار	این گروه شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگگ، نان جو ...) نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. بهتر است نان و غلات سبوس دار را به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در الویت قرار دهیم.
سبزی ها	2	2 -3	4-5	یک لیوان سبزی های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است
میوه‌ها	2	2 -3	3 -4	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و ...) یا نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، دانه های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو، می باشد.

شیر و لبنیات	**2**	**2 -3**	**3**	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از 2/5 درصد) یا 45 تا 60 گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا 2 لیوان دوغ یا یک ونیم لیوان بستنی پاستوریزه	مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک می باشد.
گروه گوشت و تخم مرغ	**2**	**1 -2**	**2**	60 گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا 60 گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ	مواد این گروه شامل انواع گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ است.
گروه حبوبات و مغزها دانه ها		**1**	**1**	نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندوق، پسته و تخمه)	مواد این گروه شامل انواع حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و ...) و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...) است.

توجه: برای کودکان 5 سال گوشت ، تخم مرغ، حبوبات و مغز دانه در یک گروه قرار دارند و کودکان 5 سال روزانه باید دو واحد از این گروه استفاده کنند

تغذیه در دوران بلوغ

مقدمه

سنین بین 12 تا 18 سالگی دوره نوجوانی نامیده می‌شود که مانند پلی دوران کودکی را به بزرگسالی متصل می‌کند. در این دوران از نظر جسمی و روحی تغییراتی ایجاد می‌شود که حاصل آن بلوغ جسمی و احساس استقلال در زندگی است. اصطلاح بلوغ به رشد جسمی سریع، تغییر در ترکیب بدن و بلوغ جنسی که در نهایت باروری را به دنبال دارد، اشاره می‌کند. برای تعیین نیازهای تغذیه‌ای نوجوانان و تنظیم برنامه غذایی آنها لازم است با الگوی رشد و تکامل در دوره نوجوانی آشنا شویم. در دوران بلوغ به علت افزایش سرعت رشد، نیازهای تغذیه‌ای افزایش می‌یابد و مقدار توصیه شده روزانه برای هریک از مواد مغذی به گونه‌ای است که ضمن تأمین نیاز برای جهش رشد نوجوانی، سلامت بدن را نیز حفظ می‌نماید.

اهمیت تغذیه دختران

دختران امروز مادران فردا و کلید سلامتی نسل کنونی و آینده می باشند. تمام مطالعات انجام شده نشان داده است که بسیاری از مشکلات دوران بارداری و تولد نوزادان نارس ارتباط مستقیم با وضع تغذیه مادر در زمان قبل از بارداری و سنین قبل از ازدواج دارد. دخترانی‌که زندگی خود را با تغذیه ناکافی در دوران کودکی همراه با بیماری شروع کرده و به دوره نوجوانی پا می‌گذارند، از یک طرف به علت کمبودهای تغذیه‌ای با کاهش قدرت یادگیری، افت تحصیلی، افزایش ابتلا به بیماری‌ها و کاهش توانمندی ذهنی و جسمی مواجه هستند و از سوی دیگر، پس از ازدواج نمی‌توانند دوران بارداری و شیردهی خوبی داشته باشند زیرا ذخایر بدنی مادر در دوران بارداری و شیردهی مصرف می‌شود و باعث تشدید سوء تغذیه او می‌گردد. در نتیجه، سوءتغذیه علاوه بر مادر گریبانگیر فرزندش نیز می‌شود.

به طور کلی مطالعات انجام شده نشان داده است که در دخترانی که از زمان تولد تا بلوغ غذای متعادل و کافی مصرف کرده اند در هنگام بارداری و زایمان با مشکلات کم تری روبه رو هستند. اندازه لگن بستگی به قد دارد و لگن در دخترانی که خوب تغذیه شده اند به شکلی است که وضع حمل آسان تر انجام می شود. در زنانی که در دوران کودکی به علت کمبود ویتامین D مبتلا به راشی تیسم شده اند، لگن تغییر شکل داده و زایمان آن ها اغلب با سزارین همراه است.

به علت کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن ذخایر آهن بدن آن ها تخلیه می شود. این دختران اغلب پس از ازدواج و در دوران بارداری از کمبود آهن شدید رنج می برند و در این مادران نه تنها خطر مرگ و میر به علت خونریزی هنگام زایمان افزایش می یابد بلکه نوزادانی که به دنیا می آورند کم وزن یا نارس بوده و ذخایر آهن کافی ندارند. کم خونی فقر آهن در دوران بارداری و 2 سال اول زندگی اثرات جبران ناپذیری بر رشد و تکامل مغزی کودکان دارد و موجب کاهش بهره هوشی به میزان 5 تا 10 امتیاز می شود.

تغییرات فیزیولوژیک

بلوغ دوره‌ای از رشد و تکامل سریع می‌باشد که در آن دانش‌آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می‌کند. به طور کلی دختران زودتر از پسران وارد مرحله بلوغ می‌شوند. منارک (شروع قاعدگی) اغلب به عنوان علامت بلوغ در دختران در نظر گرفته می‌شود. قاعدگی به طور متوسط در سن 12/5 سالگی اتفاق می‌افتد. با این حال شروع آن می‌تواند بین سنین 9 تا 17 سالگی باشد.

رشد قدی

در شروع دوره بلوغ (10سالگی در دختران و 12سالگی در پسران)، دختران و پسران در حدود 84٪ قد مورد انتظار خود را به دست آورده‌اند. پس از آن دختران در سن 13 سالگی و پسران در سن 15 سالگی

به 95٪ قد مورد انتظار خود دست یافته‌اند. در طول دوران بلوغ میزان افزایش قد دخترها در حدود 15 سانتی متر است. در پسران حداکثر رشد قدی در حدود 14 سالگی اتفاق می‌افتد. در دوره بلوغ پسرها به طور متوسط20 سانتی متر افزایش قد دارند.

رشد وزنی

میزان افزایش وزن در دوره بلوغ به موازات افزایش قد می‌باشد. از سن 10 تا 17سالگی دخترها به طور متوسط 15کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل 42 درصد وزن آن ها در بزرگسالی است. در همین مدت، پسرها به طور متوسط حدود 20 کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل 51 درصد وزن آن ها در بزرگسالی است.

ارزیابی وضعیت تغذیه در نوجوانی

بهترین و حساس‌ترین راه برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای در دوره بلوغ، پایش رشد است. با اندازه‌گیری قد و محاسبه BMI و ثبت آن بر منحنی رشد استاندارد، به همان طریقی که در بخش پایش رشد گفته شد، می‌توان وضعیت تغذیه و رشد نوجوانان را ارزیابی نمود.

نیازهای تغذیه‌ای دوران بلوغ

انرژی

نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیادتر است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است.

پروتئین

در دوران بلوغ بدن برای رشد به پروتئین نیاز دارد نوجوانان باید در برنامه غذایی روزانه خود از منابع پروتئین حیوانی [گوشت، تخم‌مرغ، شیر و لبنیات کم‌چرب (کم تر از 2/5٪ چربی)] و پروتئین گیاهی (حبوبات و غلات) بیشتر استفاده نمایند. برای افزایش ارزش غذایی بهتر است پروتئین‌های حیوانی و گیاهی همراه هم (مثلاً نان و تخم‌مرغ، نان و شیر، شیر برنج، ماکارونی با پنیر، نان و پنیر، نان و ماست) و یا دو نوع پروتئین گیاهی از منبع غلات و حبوبات با هم و هم زمان (مثلاً عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان، لوبیا با نان) مصرف گردند. انواع مغز دانه‌ها (از نوع کم نمک) نیز منبع خوبی از پروتئین هستند و به عنوان میان وعده، بخشی از پروتئین مورد نیاز را تأمین می‌کنند. البته مغز دانه‌ها علاوه بر پروتئین حاوی مقادیر زیادی چربی هم هستند و در مصرف آن ها باید اعتدال رعایت شود.

ویتامین‌ها و املاح

نوجوانان باید با مصرف روزانه پنج گروه اصلی غذایی ویتامین‌ها و املاح مورد نیاز خود را تأمین نمایند. کمبود برخی ویتامین‌ها و املاح از جمله ویتامین A و D، آهن، روی و کلسیم در نوجوانان بویژه دختران نوجوان شایع‌تر است.

اضافه‌وزن و چاقی

مقدمه

دوران بلوغ نه تنها با جهش رشد جسمی بلکه با تغییرات خلق و خو و تحولات عاطفی و روانی همراه است. در این مرحله نوجوانان شناخت هویت و کسب استقلال را تجربه می‌کنند. در این دوران توجه آن ها به حفظ ظاهر و تناسب اندام بیشتر جلب می‌شود و این عوامل، رفتارهای غذایی نوجوانان را به شدت تغییر می‌دهد. حذف بعضی از وعده‌های غذایی، مصرف تنقلات، غذا خوردن خارج از منزل و علاقه به مصرف غذاهای غیرخانگی از ویژگی‌های عادات غذایی دوران نوجوانی است که متأثر از خانواده، دوستان و رسانه‌های جمعی است.

اضافه‌وزن و چاقی در دانش‌آموزان یکی از مهم ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است. عادات غذایی غلط از جمله مصرف بی‌رویه فست‌فودها (سوسیس، کالباس، همبرگر، پیتزا، سیب‌زمینی سرخ کرده) چیپس، غذاهای چرب و سرخ شده، نوشابه‌های گازدار (که حاوی مقدار زیادی قند هستند)، شیرینی و شکلات، مصرف کم سبزی‌ها و میوه‌ها، و بی‌تحرکی از دلایل مهم اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان هستند.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن و چاقی

تغییر و اصلاح غذایی

- تأکید بر مصرف صبحانه: دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتهای زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه‌وزن و چاقی می‌شوند.
- مصرف روزانه حداقل دو میان وعده غذایی مناسب مانند: میوه، نان و پنیر، نان و خیار و گوجه فرنگی و...
- صرف غذا به همراه خانواده و تشویق آن ها به کاهش مصرف غذاهای غیرخانگی
- مصرف بیشتر سبزی و سالاد در وعده غذایی
- خودداری از مصرف غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون
- استفاده از چاشنی‌های سالم مانند آبلیمو، آب نارنج، روغن زیتون به جای سس مایونز که حاوی چربی زیادی است و یا استفاده از سس‌های رژیمی کم‌چرب به مقدار کم
- محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده و تنقلات پرکالری و پر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، غلات حجیم شده، شکلات، کیک‌های خامه‌ای و شکلاتی، بستنی، شیرکاکائو، آجیل و ...
- نوشیدن آب یا دوغ کم نمک و بدون گاز و یا آب میوه طبیعی و بدون قند به جای نوشابه. نوشابه‌های گازدار حاوی مقادیر زیادی قند هستند؛ یک بطری 300 میلی‌لیتری نوشابه حدود 28 گرم (دو قاشق غذاخوری) شکر دارد.
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب (کم تر از 2/5 ٪ چربی)
- محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز که حاوی چربی زیادی هستند. به جای ماست پرچرب و ماست خامه‌ای از ماست کم چرب و به جای پنیر خامه‌ای از پنیر معمولی استفاده شود.
- مصرف میوه یا آب‌میوه تازه و طبیعی به جای آب‌میوه آماده و تجاری. به آب‌میوه آماده و تجاری معمولاً مقداری قند اضافه شده است. به جای آن ها بهتر است از آب میوه تازه و طبیعی که در منزل تهیه می‌گردد استفاده شود. به طور کلی مصرف میوه بهتر از آب آن است چون حاوی فیبر غذایی است که در پیشگیری از اضافه وزن و چاقی موثر است.
- در برنامه غذایی نوجوانان، روزانه از سبزی‌های تازه یا پخته و میوه تازه استفاده شود.
- مصرف غذاهای فیبر دار مانند نان سبوس‌دار (نان سنگک)، بیسکوئیت ساده و سبوس‌دار، خشکبار و میوه‌های خشک، میوه‌ها و سبزی‌های خام (مثل هویج، کاهو، کرفس، گل کلم و...). فیبر موجود در نان سبوس‌دار، سبزی و میوه‌ها، جذب چربی و مواد قندی را در روده کاهش می‌دهند.
- محدود کردن غذا خوردن در رستوران. غذاهای رستورانی اغلب چرب و پر نمک هستند.
- محدود کردن مصرف فست‌فودها مثل سوسیس، کالباس و پیتزا که حاوی چربی زیادی هستند و افراط در مصرف آن ها موجب اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.

تحرک و فعالیت بدنی

- تشویق نوجوانان برای انجام ورزش‌هایی مثل دو چرخه سواری، دویدن، دویدن تند، شنا کردن

- تشویق برای شرکت در کارهای منزل مثل تمیز کردن خانه، انجام کارهای باغچه، آب دادن به گلدان‌ها در منزل، مرتب کردن وسایل شخصی، نظافت اتاق و موارد مشابه.
- محدود کردن استفاده از بازی‌های رایانه‌ای، تماشای تلویزیون به کم تر از 2 ساعت در روز
- استفاده از پله به جای آسانسور، دانش‌آموزان را تشویق کنید که به جای آسانسور از پله استفاده کنند.
- تشویق برای پیاده روی تا مدرسه، امروزه خانواده‌ها بیشتر از سرویس نقلیه برای رفت و آمد دانش‌آموزان استفاده می‌کنند و به این دلیل تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان کاهش یافته است، تشویق آن ها به پیاده روی در فرصت‌های مناسب مثلاً رفتن برای خرید، رفتن به مدرسه در صورت نزدیک بودن فاصله آن از منزل به افزایش تحرک بدنی دانش‌آموزان کمک می‌کند.
- تشویق برای بازی با همسالان در فضاهای مناسب مثل پارک‌ها، ورزشگاه‌ها و...
- تشویق برای انجام ورزش‌هایی که کالری بیشتری می‌سوزانند مثل فوتبال، والیبال، بسکتبال، شنا و تنیس
- تشویق برای فعالیت‌های بیرون از خانه مثل رفتن به پارک و...
- روزانه 60 دقیقه فعالیت ورزشی برای نوجوانان توصیه می‌شود. نوجوانانی که دارای اضافه وزن هستند یا چاق می‌باشند بهتر است بیشتر از 60 دقیقه در روز فعالیت بدنی داشته باشند و مدت فعالیت بدنی خود را به تدریج افزایش دهند.
- والدین باید بدانند که بیشتر از 2 ساعت فعالیت نشسته مثل تماشای تلویزیون یا بازی‌های رایانه‌ای در دانش‌آموزان صحیح نیست.
- شدت ورزش باید به تدریج اضافه شود.در صورتی که نوجوانان فعالیت ورزشی را شروع می‌کنند، باید از فعالیت‌های سبک تر و مدت زمان کوتاه تر شروع کرده و به تدریج مدت آن را افزایش دهند.
- بعد از خوردن غذا به مدت یک ساعت ورزش نکنند. به دلیل ای نکه ورزش کردن نیاز به انرژی دارد پس از غذا خوردن اگر ورزشی صورت بگیرد سو هاضمه ایجاد می‌شود.
- تشویق خانواده به آماده کردن وسایل لازم برای ورزش کردن
- والدین باید فرصت‌های مناسب و حمایت‌های بیشتر برای فعال بودن نوجوانان مثل (پیاده روی، دوچرخه سواری، استفاده از پله و جست و خیز کردن) را فراهم نمایند و برای ورزش‌های منظم‌تر مانند فوتبال آن ها را حمایت کنند.
- نوع فعالیت ورزشی باید با نظر نوجوانان و مناسب با سن و توانایی بدنی آن ها باشد.
- تشویق خانواده برای فعالیت بیشتر مثل پیاده روی، رفتن با دوچرخه برای خرید، پارک رفتن با خانواده، رفتارهای والدین و اعضای خانواده نقش مهمی در تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان دارد. اگر والدین برای رفتن به جاهای نزدیک به جای استفاده از وسیله نقلیه پیاده روی کنند دانش‌آموزان نیز یاد می‌گیرند که این گونه رفتار کنند و فعالیت و تحرک بدنی را بخش مهمی از زندگی بدانند.

عوارض رژیم‌های غذایی کاهش وزن

رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. در دوره بلوغ این گونه رژیم‌های غذایی غلط برای کاهش وزن، علاوه بر اختلال رشد، کمبودهای تغذیه‌ای، اختلالات قاعدگی در دختران، ضعف و خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک‌پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن را به دنبال دارد. تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم‌های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلا به سنگ کیسه صفرا نیز از عوارض جدی‌تر این گونه رژیم‌های غذایی است.

متأسفانه تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران نمود می‌یابد که در اثر کمبود مواد مغذی بویژه ریزمغذی‌ها ایجاد می‌شود.

ریز مغذی‌ها

آهن

آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان می‌باشد. افراد زیادی بدون این که علایم واضح کم‌خونی را داشته باشند از عوارض زیان بار کمبود آهن رنج می‌برند.

عوارض ناشی از کم خونی فقر آهن در دانش‌آموزان

آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیلی ضروری است. دانش‌آموزانی که دچار کم‌خونی فقرآهن هستند، همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند. این دانش‌آموزان اغلب از ورزش و فعالیت‌های بدنی دوری می‌کنند و یا در هنگام ورزش خیلی زود خسته می‌شوند. در این افراد تغییرات رفتاری به صورت بی‌حوصلگی و بی تفاوتی مشاهده می‌شود. کم‌خونی فقرآهن به علت تأثیر بر قدرت یادگیری و کاهش آن، افت تحصیلی دانش‌آموزان را باعث می‌شود.

پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقرآهن

1) آموزش تغذیه و ایجاد تنوع غذایی

آهن در منابع غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد. جذب آهن از منابع غذایی حیوانی تنها اندکی تحت تأثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می‌گیرد و ممکن است به میزان 20 تا 30 درصد هم جذب شود، در حالی که جذب آهن از منابع غذایی گیاهی تحت تأثیر مواد غذایی است و جذب آن حداکثر حدود 5 تا 8 درصد است. در صورتی‌که منابع غذایی آهن همراه با منابع غذایی حاوی ویتامین C مصرف شود جذب آن ها 2 تا 3 برابر بیشتر می‌شود.

منابع غذایی آهن

- بهترین منبع غذایی آهن جگر و پس از آن گوشت قرمز (گاو و گوسفند)، مرغ و ماکیان و ماهی است.
- حبوبات، انواع مغز دانه ها (پسته، بادام، گردو، فندق و...) از منابع خوب آهن هستند.
- سبزیجات برگ سبز تیره مثل جعفری، برگ‌های تیره کاهو، برگ چغندر نیز از منابع خوب آهن هستند. جذب آهن موجود در اسفناج به دلیل وجود اگزالات در آن، کم است.
- انواع خشکبار مثل برگه هلو، آلو و زرد آلو، توت خشک، انجیر خشک، خرما، کشمش، میوه‌های خشک
- نان‌های غنی‌شده با آهن. در کشور ما انواع نان‌های تافتون، بربری و لواش با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.
- زرده تخم‌مرغ حاوی مقداری آهن است اما آهن موجود در زرده تخم‌مرغ نیز از قابلیت جذب کمی برخوردار است.

2) آهن یاری

بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، با توجه به شیوع بالای کم‌خونی فقرآهن در دختران سنین بلوغ و برای پیشگیری و کنترل آن در این سنین لازم است کلیه دختران دبیرستانی در هر سال تحصیلی به مدت 16 هفته (4 ماه)، هر هفته یک عدد قرص آهن (فروس سولفات یا فروس فومارات یا فرفولیک) به صورت منظم مصرف کنند.

تحقیقات انجام شده در کشور ما نشان داده است که با مصرف 16 عدد قرص آهن در مدت 4 ماه از هر سال تحصیلی شیوع وشدت کم‌خونی فقرآهن و عوارض ناشی از آن از جمله افت تحصیلی و کاهش قدرت یادگیری به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. نکته مهم این است که مصرف قرص‌های آهن گفته شده (این تعداد و این دوز از قرص آهن) تنها برای پیشگیری از کم‌خونی فقرآهن است نه درمان آن و در صورت ابتلا به کم‌خونی فقرآهن مراجعه به پزشک ضروری است.

- به والدین توصیه شود برای پیشگیری از کم‌خونی فقرآهن به کودکان 7 تا 14 سال هم (چه دختر و چه پسر) طی یک دوره 3 ماهه در هر سال (12 هفته)، به طور هفتگی یک عدد قرص آهن داده شود.
- پسران درسنین بلوغ (19- 15 سال) هم مانند دختران، در معرض خطر کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن قرار دارند. به والدین توصیه کنید برای پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقرآهن در این گروه، آن ها را تشویق کنند که به طور هفتگی یک عدد قرص آهن به مدت 16 هفته در سال (4 ماه) و در طی سال‌های بلوغ مصرف کنند.

3) کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی

ابتلا به بیماری‌های عفونی موجب کاهش اشتها شده و در نتیجه دریافت مواد مغذی از جمله آهن کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، بیماری‌های عفونی در جذب و استفاده بدن از مواد مغذی اختلال ایجاد می‌کند و درمان به موقع و مناسب می‌تواند دوره عفونت و شدت آن را کاهش دهد.

رعایت اصول بهداشت فردی از جمله شستن کامل دست‌ها با آب و صابون قبل از تهیه و مصرف غذا و پس از اجابت مزاج، هم‌چنین شستن و ضدعفونی سبزی‌ها قبل از مصرف به منظور جلوگیری از ابتلا به آلودگی‌های انگلی، از دیگر اقداماتی است که در آموزش دانش‌آموزان باید مورد تأکید قرار گیرد.

4) غنی سازی مواد غذایی

نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده اند. برخی از کشورها مواد غذایی دیگری مانند بیسکویت، کیک، کلوچه و سایر مواد غذایی مصرفی دانش‌آموزان را نیز با آهن و مواد مغذی دیگر غنی کرده‌اند و در برنامه تغذیه مدارس از آن استفاده می‌کنند. در کشور ما غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک از سال 1387به صورت ملی در کل کشور آغاز شده است و کلیه نان‌های تافتون، لواش و بربری با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.

<u>کلسیم</u>

کلسیم فراوان‌ترین ماده معدنی در بدن است که نقش مهمی در ساختمان دندان‌ها و استخوان دارد.

منابع غذایی کلسیم

کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک و بستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند. نکته مهم این است که اگر شیر و لبنیات از رژیم غذایی حذف شود حجم غذاهای دیگر که بتوانند همان مقدار کلسیم را تأمین کنند بقدری زیاد است که استفاده از آن ها را مشکل می‌کند.

سبزی‌های برگ دار سبز تیره مثل کلم، کاهو و شلغم منابع خوب کلسیم با قابلیت جذب خوب هستند. حبوبات نیز کلسیم دارند. اما مقدار کلسیم جذب شده از منابع گیاهی به خاطر اسید فیتیک و فیبر آن ها کاهش می‌یابد. ماهی‌های با استخوان کنسرو شده مثل ماهی کیلکا و ساردین منابع خوب کلسیم هستند به شرط این که استخوان‌های آن ها نیز مصرف شود. بادام، کنجد و انجیر خشک نیز حاوی کلسیم است.

ویتامین D

ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن ها با استفاده از نور ماوراء بنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است. ویتامین D برای جذب کلسیم لازم است و در صورت کمبود ویتامین D، کمبود کلسیم نیز ایجاد می‌شود.

- مکمل یاری ویتامین دی از سال 93 در مدارس دوره اول متوسطه و دوره دوم متوسطه شروع شده است. برای دانش آموزان دوره اول و دوم متوسطه بر اساس بخشنامه های ارسالی ، لازم است مکمل ویتامین "د" (قرص ژله ای 50000 واحدی) به صورت ماهیانه یک عدد و به مدت 9 ماه متوالی، به دانش‌آموزان دختر و پسر داده شود .

منابع ویتامین D

بیشتر افراد از طریق تابش نور خورشید بر پوست مقدار کافی ویتامین D به دست می‌آورند. لباس، دود، گرد و غبار، شیشه پنجره، هوای ابری، هوای آلوده و کرم‌های ضد آفتاب مانع رسیدن اشعه ماوراء بنفش به بدن و تبدیل پیش‌ساز به ویتامین D می‌شوند. در افراد تیره پوست در مقایسه با کسانی که پوست روشن دارند ویتامین D کم تری ساخته می‌شوند. افرادی که شب‌کار هستند و روزها می‌خوابند، کسانی که در آب و هوای سرد زندگی می‌کنند و مجبورند داخل منزل بمانند و اشخاصی که تمام بدن خود را با لباس می‌پوشانند بیشتر در معرض خطر کمبود ویتامین D قراردارند. به طور طبیعی ویتامین D در محصولات حیوانی مثل زرده تخم‌مرغ ، خامه، جگر و کره به مقدار کمی وجود دارد.

نکته: شیر یک غذای انتخابی مناسب برای غنی‌سازی با ویتامین D است. در صورتی که شیر غنی شده با ویتامین D در دسترس باشد با مصرف آن بخشی از ویتامین مورد نیاز بدن تأمین می‌شود.

نکته: در صورتی که صورت و دست‌ها به مدت 5 تا 10 دقیقه و به مدت 2 تا 3 بار در هفته در ماه‌های زمستان در معرض نور مستقیم آفتاب قرار گیرد، ویتامین D مورد نیاز بدن تأمین می‌شود. اما جهت اجتناب از اثرات زیان بار نورخورشید بخصوص در تابستان در ساعات نزدیک ظهر (11 صبح تا 16 عصر) از مواجهه با نور خورشید اجتناب شود.

ویتامین های گروه B

در دوران بلوغ به دلیل افزایش نیاز به انرژی، نیاز به ویتامین های گروهB افزایش می یابد. این ویتامین ها برای آزاد شدن انرژی از کربوهیدرات ها لازم هستند. بنابراین ویتامین های گروه B مانند: B1، B2، B6، B12 و.... باید در دوران بلوغ بیشتر مصرف شوند. این گروه ویتامین ها در گوشت قرمز، ماهی، جگر، دل، قلوه، تخم مرغ، شیر و لبنیات وجود دارد.

ویتامین C

نوجوانان باید هر روز از منابع غذایی غنی از ویتامین C مانند انواع مرکبات، گوجه فرنگی، انواع فلفل سبز، کلم، گل کلم، سیب زمینی، شلغم، ترب، پیاز، طالبی، کاهو و انواع سبزی های تازه مصرف نمایند. نوجوانانی که میوه و سبزی تازه در برنامه غذایی روزانه خود مصرف نمی کنند اغلب با کمبود ویتامین C مواجه می شوند. ویتامین C برای مقاومت بدن در مقابل بیماری ها ضروری است. بنابراین باید نوجوانان را تشویق نمود که هر روز میوه و سبزی تازه و خام مصرف کنند. سبزی های پخته و میوه هایی که به شکل کمپوت درآمده اند ویتامین C کافی ندارند چون این ویتامین در اثر حرارت از بین می رود.

در طول سال های رشد سریع، میزان نیاز به املاحی از قبیل کلسیم، آهن، روی، منیزیم تا دو برابر افزایش می یابد.

روی

روی برای ساخت پروتئین ضروری است. بنابراین در رشد و تکامل طبیعی، تولید مثل، بلوغ جنسی، حس چشایی، سلامت پوست و تقویت سیستم ایمنی بدن لازم است. کمبود روی باعث از دست دادن حس چشایی، بی‌اشتهایی و تأخیر در التیام زخم‌های پوستی می‌شود.

منابع غذایی روی

منابع خوب روی عبارتند از جگر، گوشت قرمز، مرغ، ماکیان و ماهی، شیر و لبنیات (ماست، دوغ، پنیر، کشک و بستنی)، دانه کامل غلات، حبوبات و مغزها (آجیل). به طور کلی قابلیت جذب روی از منابع غذایی حیوانی بیشتر است.

غلات سبوس‌دار، حبوبات و آجیل هم حاوی روی هستند، ولی در عین حال حاوی اسید فیتیک و فیبر و مواد دیگری هم که در جذب روی اختلال به وجود می‌آورند نیز هستند. میوه‌ها و سبزی‌ها حاوی روی کمی هستند.

روی موجود در پروتئین گیاهی مانند سویا کم تر از پروتئین حیوانی جذب می‌شود.

ید و اهمیت آن

ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حداقل اختلالی است که در اثر کمبود ید بوجود می‌آید. بزرگی غده تیروئید را گواتر می‌نامند. فرد مبتلا به گواتر فعالیت کمتری نسبت به افراد طبیعی دارد. اختلالات مهم دیگری که در اثر کمبود ید بروز می‌کند، عقب ماندگی‌های جسمی و ذهنی، کاهش بهره هوشی، اختلالات عصبی و روانی، مرده‌زایی، لوچی چشم، کر و لالی مادرزادی، افت تحصیلی و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری ها می‌باشد.

پیشگیری از کمبود ید

بهترین روش پیشگیری از عوارض ناشی از کمبود ید استفاده از نمک‌های یددار تصفیه شده است. طعم و بوی نمک یددار تصفیه شده مشابه نمک معمولی است و به همان طریق هم مصرف می‌شود. با مصرف روزانه نمک یددار می‌توان از گواتر و سایر اختلالات ناشی از کمبود ید جلوگیری کرد. هر فرد، جوان یا پیر، بیمار یا سالم به طور روزانه به ید نیاز دارد.

نمک یددار را نباید به مدت طولانی در معرض نور خورشید و یا رطوبت قرار داد چون ید آن از دست می‌رود. نمک یددار را باید در ظرف بدون منفذ نگهداری کرد. نگهداری نمک یددار در ظروف شیشه‌ای و بی رنگ نیز موجب کاهش ید آن می‌شود. بنابراین باید نمک یددار را در ظروف شیشه‌ای رنگی نگهداری کرد. باید توجه داشت که برای پیشگیری از فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی و عروقی باید نمک کم مصرف شود اما همان مقدار کم نیز باید یددار و تصفیه شده باشد.

ویتامین A

ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود. بتاکاروتن که پیش‌ساز ویتامین A است در تمام گیاهان زرد مثل زردک، هویج، فلفل زرد و قرمز، کدو تنبل، کدو حلوایی و میوه‌هایی مثل هلو، آلو، زردآلو، انبه، موز، طالبی، خرمالو، نارنگی وجود دارد. ویتامین A و بتاکاروتن برای جذب به چربی نیاز دارند. ویتامین A برای بینایی، قدرت دید در تاریکی، رشد، نمو و سلامت پوست لازم است و کمبود آن موجب شب‌کوری، اختلال در رشد و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها می‌شود.

منابع غذایی ویتامین A و پیش ساز آن

منابع حیوانی

- روغن کبد ماهی که غنی‌ترین منبع ویتامین A است و معمولاً به صورت مکمل مصرف می‌شود.
- جگر حیوانات مثل گاو، گوساله، گوسفند و مرغ منبع خوب ویتامین A محسوب می‌شوند.
- کره، پنیر، شیر، خامه و سرشیر و زرده تخم‌مرغ منبع خوب ویتامین A هستند.

منابع گیاهی

- سبزی‌های برگی شکل سبز تیره مثل اسفناج، چغندر، برگ‌های تیره رنگ کاهو، فلفل سبز
- سبزی‌های زرد و نارنجی مثل هویج، کدو حلوایی، فلفل قرمز، زرد ونارنجی
- میوه‌های زرد و نارنجی مثل طالبی، زردآلو، انبه، خرمالو، هلو، آلو، انگور، موز، خربزه، طالبی و نارنگی

خلاصه

- هر گروه غذایی از دسته‌ای از مواد غذایی تشکیل شده است که از نظر ارزش غذایی مشابه یکدیگر هستند و می‌توانند به جای هم مصرف شوند. گروه‌های غذایی در 6 دسته اصلی قرار می‌گیرند.
- گروه های غذایی اصلی باید هر روز به مقدار توصیه شده مصره شوند.
- یک کروه متفرقه نیز وجود دارد که شامی مواد قندی و چربی ها ست و بر خلاف گروه های غذایی اصلی که باید هر روز به مقدار کافی مصرف شوند. از این گروه باید کم تر استفاده شود.
- دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن ها متفاوت است.
- نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند
- دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه‌داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر 4 تا 6 ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.
- بلوغ دوره‌ای از رشد و تکامل سریع می‌باشد که در آن دانش‌آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می‌کند.
- نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیادتر است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است. توصیه می‌شود.
- بهترین روش و پایه ارزیابی رشد دانش‌آموز و وضعیت تغذیه‌ای او روش تن سنجی و اندازه‌گیری وزن و قد و محاسبه شاخص نمایه توده بدنی (BMI) و مقایسه آن با منحنی‌های استاندارد رشد می‌باشد.
- با اندازه‌گیری وزن و قد شاخص‌های مختلفی تعیین می‌گردد که مهم‌ترین آن ها نمایه توده بدنی است. هدف از ارزیابی این است که تعیین شود رشد دانش‌آموز طبیعی است یا در روند رشد وی مشکلاتی وجود دارد و آنچه که بسیار مهم است تشخیص علل اختلال رشد و انجام مداخلات لازم می‌باشد.
- رشد قدی تحت تأثیر عامل ارث و نحوه تغذیه می‌باشد. هر یک از دانش‌آموزان برای حداکثر رشد قدی که می‌توانند با تغذیه خوب و شرایط آب و هوایی مناسب به آن برسند، قابلیت ژنتیکی ویژه‌ای دارند.
- با اندازه‌گیری قد دانش‌آموز و ثبت آن بر منحنی قد برای سن، چگونگی رشد قدی دانش‌آموز تعیین می‌شود.

- معمولاً دانش‌آموزان نسبت به رشد قدی خود حساس هستند و کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت با توجه به این موضوع باید آن ها را از اهمیت تغذیه صحیح برای داشتن رشد قدی مطلوب آگاه نماید.
- هر دانش‌آموزی علاقه‌مند است بداند از نظر وضعیت جسمانی و رشد بدن در مقایسه با سایر همسالان چگونه است. برای این کار از شاخصی به نام "نمایه توده بدنی (BMI)" استفاده می‌شود.
- نمایه توده بدنی عددی است که با وزن و قد دانش آموز ارتباط دارد. وقتی که BMI بر روی نموداری در مقابل سن دانش‌آموز ترسیم شود، ابزار سودمندی در پایش رشد دانش‌آموز می‌باشد.
- نرم افزار آنترو پلاس سازمان جهانی بهداشت ابزاز بسیاز مناسبی جهت پایش رشد کودکان و نوجوانان است.
- اضافه‌وزن و چاقی در دانش‌آموزان یکی از مهم ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است.
- رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است.
- تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران نمود می‌یابد که در اثر کمبود مواد مغذی بویژه ریزمغذی‌ها ایجاد می‌شود.
- تأکید بر مصرف صبحانه. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتهای زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه‌وزن و چاقی می‌شوند.
- آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان می‌باشد. افراد زیادی بدون اینکه علایم واضح کم‌خونی را داشته باشند از عوارض زیان بار کمبود آهن رنج می‌برند.
- آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیلی ضروری است.
- دانش‌آموزانی که دچار کم‌خونی فقرآهن هستند، همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند
- آهن در منابع غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد. جذب آهن از منابع غذایی حیوانی تنها اندکی تحت تأثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می‌گیرد.
- بهترین منبع غذایی آهن جگر و پس از آن گوشت قرمز (گاو و گوسفند)، مرغ و ماکیان و ماهی است.
- نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده اند.
- کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک وبستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند.
- ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن ها با استفاده از نور ماوراءبنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است.
- روی برای ساخت پروتئین ضروری است. بنابراین در رشد و تکامل طبیعی، تولید مثل، بلوغ جنسی، حس چشایی، سلامت پوست و تقویت سیستم ایمنی بدن لازم است. کمبود روی باعث از دست دادن حس چشایی، بی‌اشتهایی و تأخیر در التیام زخم‌های پوستی می‌شود.
- ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حداقل اختلالی است که در اثر کمبود ید به وجود می‌آید.
- ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می شود.

انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می شوند. معلمین و مراقبین سلامت مدارس در آموزش تغذیه به دانش آموزان، باید مصرف آن ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیانبار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می کنند بیشتر می باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه براختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می باشد.

تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی تر این گونه رژیم های غذایی است.

متاسفانه تاخیر رشد و تاخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی ها گزارش شده است. 39٪ این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.

بنابراین دانش آموزان در سنین بلوغ به ویژه دختران باید بدانند که رژیم های کاهش وزن در این دوره ممکن است منجر به کوتاه ماندن قد شود و علاوه بر آن به علت بروز انواع کمبودهای تغذیه ای سلامت آنان به خطر افتاده و با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد. لازم به ذکر است که مصرف مکمل های غذایی مانند انواع مولتی ویتامین ها به هیچ عنوان جایگزین غذا در برنامه غذایی روزانه نوجوانان نمی شود. در خصوص مکمل های دارویی از اداره تغذیه استعلام شودچه کنیم وبرای تغذیه پسران هم استعلام شود .

تغذیه نوجوانان باردار:

هرچند بارداری در سنین نوجوانی توصیه نمی‌شود و بارداری در این سنین میتواند به سلامت نوجوان و کودک آسیب برساند، اما احتمال ازدواج و باردار شدن برخی نوجوانان وجود دارد. تغذیه صحیح در این نوجوانان بسیار مهم است چرا که علاوه بر تامین نیازهای دوران بارداری باید انرژی و مواد مغذی لازم برای ادامه رشد نوجوان را نیز فراهم کند.

هپاتیت B وC

بیماری ویروسی هپاتیت که به نام های زردی و یرقان در گذشته های دور شناخته شده بود، در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه های پیشگیری و درمان آن اهمیت بیش تری یافته است. البته انواع دیگری از هپاتیت (التهاب یا ورم کبد) نیز وجود دارند که ناشی از مصرف داروها و مشروبات الکلی و همچنین برخی بیماری های ارثی هستند که در اینجا به آن ها نمی پردازیم.

کبد عضوی است از بدن که در سمت راست بالای شکم قرار داشته و در بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن مانند رویارویی با عفونت ها، توقف خونریزی، پاک کردن خون از سموم و ذخیره انرژی در بدن نقش مهمی بازی می کند. هپاتیت با شدت های مختلف دیده می شود، از بهبودی کامل گرفته تا ناقل بودن همیشگی و حتی مرگ برق آسا و یا ابتلاء به عوارض کشنده های چون سرطان و سیروز.

نشانه ها، گونه ها، همه گیر شناسی

ابتلاء به هپاتیت گاه تنها آلودگی به ویروس بوده و هیچگونه نشانه بالینی ندارد. اما این افراد می توانند ویروس بیماری را به دیگران انتقال دهند.

هپاتیت حاد: در این حالت بیمار با نشانه هایی چون تب، علایم شبیه سرما خوردگی، بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، درد شکم، درد مفاصل و ادرار تیره به زردی دچار می شود، در پوست و چشم ها این زردی بارزتر است. این بیماری در بیش تر موارد خودبه خود بهبود یافته و طی 6 ماه خون از ویروس پاک می شود ولی در برخی موارد، بیماری مزمن می گردد. (در گونه B، ٪1 ولی در گونه C تا 80٪ موارد مزمن می شوند)

هپاتیت مزمن: شایع ترین نشانه، ضعف و خستگی طولانی است. نارسایی کبد و سرطان ممکن است از عوارض پیشرفت بیماری باشند. به ندرت زردی خفیف یا خارش در بیماران وجود داشته و تشخیص آن تنها با آزمایش خون ممکن است.

گونه های A وE هپاتیت از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C وD از راه انتقال خون و تماس جنسی.

گونه های مختلف هپاتیت: گونه های A تا E هم اکنون کاملاً شناخته شده اند. گونه های A وE از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C وD از راه انتقال خون و تماس جنسی. در این جزوه بیش تر به گونه های B وC خواهیم پرداخت که برای ما از نظر اهمیت در پیشگیری، درمان و بار بیماری اولویت بیش تری دارند. هپاتیت D نیز، اگرچه راه انتقال آن شبیه B و C است ، از آنجا که تقریباً همواره همراه با هپاتیت B دیده شده و شیوع کم تری دارد، نیاز به بحث جداگانه ندارد.

هپاتیتB) تنها گونه بیماری است که با واکسن قابل پیشگیری می باشد، در نزدیک به 5٪ مردم جهان به شکل ناقل مزمن وجود دارد که این رقم در ایران 3٪ برآورد می شود. میزان کشندگی آن 1٪ و در افراد مسن خطرناک تر است. خوشبختانه در کشور ما افراد زیر 18 سال و کسانی که به دلایل شغلی در معرض این بیماری قرار دارند، به ندرت واکسینه نشده اند. تعداد ناقلین بدون علامت بیماری در ایران حدود 2 میلیون نفر و تعداد بیماران حدود 300 هزار نفر تخمین زده می شوند.دوره پنهانی بیماری (فاصله زمانی بین ورود عفونت به بدن تا ظهور علایم) بین 6 هفته تا 6 ماه متغیر است.

هپاتیتC) ابتلاء به هپاتیت پس از تزریق خون در 90٪ موارد ناشی از ویروس هپاتیت C است. نسبت به هپاتیت B تعداد بیش تری به فاز مزمن بیماری می روند و پاسخ به درمان بدتری نیز دارد. 80٪ از مبتلایان به ویروس هپاتیتC، مزمن شده و در نهایت 20٪ دچار نارسایی کبد (سیروز) می شوند. بیش تر مبتلایان از نظر ظاهری سالم بوده و به همین دلیل، پیشگیری نقش بسیار مهمی در گسترش نیافتن بیماری دارد.

راه های انتقال و پیشگیری

هپاتیت های B، C وD از راه خون و مایعات بدن، از مادر به نوزاد و با تماس جنسی منتقل می شوند. هپاتیت C و B عموماً از راه خون منتقل گردیده اما از از طریق سایر مایعات بدن نیز می تواند انتقال یابد (ادرار، اشک، بزاق و .....). همچنین بریدگی، خراش و استفاده از وسایل شخصی یکدیگر نظیر تیغ و مسواک می توانند ویروس هپاتیت را به فرد دیگری انتقال دهند. استفاده از سرنگ مشترک در معتادان بسیار خطرناک است.

هر گونه استفاده از تیغ یا سوزن های غیر استریل چه در خالکوبی (تاتو)، دندانپزشکی، طب سوزنی و حجامت و چه در آرایشگاه می تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه های انتقال هپاتیت C و B یکسان است اما خوشبختانه علیه هپاتیت B واکسن وجود دارد که به کلیه نوزادان و افرادی که مشاغل پر خطر دارند نظیر کادر درمانی، تزریق شده (3 نوبت در طول 6 ماه) و در 95٪ موارد ایجاد ایمنی می کند.

از طریق تماس جنسی حفاظت نشده (استفاده نکردن از کاندوم) نیز هپاتیت می تواند منتقل شود. پرهیز از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز به عنوان مثال ارتباط جنسی خارج از ازدواج، با افرادی که به درستی نمی شناسیم، با معتادان تزریقی و همچنین افرادی که چند شریک جنسی دارند، همگی در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری بسیار موثرند. اگرچه بیش تر بیماران به ویژه در هپاتیت B خودبه خود بهبود می یابند، اما درصد بالایی نیز دچار هپاتیت مزمن شده (80٪ در هپاتیت C) و از آن میان گروهی در نهایت دچار سیروز کبد می شوند (20٪). ابتلاء به سرطان کبد نیز گاه از عوارض بلند مدت هپاتیت مزمن بوده و هپاتیت حاد حتی به گونه ای برق آسا می تواند در مدت کوتاهی بیمار را به کام مرگ کشد.

اغمای کبدی، نارسایی کلیوی، آسیت (آب آوردن شکم) و خونریزی گوارشی ناشی از افزایش فشار ورید پورت از دیگر عوارض هپاتیت مزمن هستند.

درمان بیماران در فاز حاد و مزمن متفاوت بوده و مراجعه به پزشک و ادامه درمان زیر نظر او ضروری است. اگر رخدادی باعث نگرانی شما از ابتلاء به هپاتیت گشته است، مراجعه فوری شما به پزشک این امکان را می دهد که خطر مبتلا شدن به هپاتیت را تا حد زیادی کاهش یابد. داروهایی که در درمان هپاتیت به کار می روند بیش تر برای مرحله فاز مزمن بیماری کاربرد داشته و در فاز حاد بسته به نشانه هایی که بیمار از خود بروز می دهد، نوع درمان حمایتی بوده و داروی قطعی برای کنترل فاز حاد بیماری وجود ندارد.

توصیه های فعالیت بدنی

متناسب با رده سنی، نکات آموزشی را در ملاقات های دوره ای ارایه دهید:

- **بزرگسالان حداقل روزی 30 دقیقه در حالی که کودکان و نوجوانان باید حداقل 60 دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط داشته باشند، برای آنان که می خواهند اضافه وزنشان را کاهش دهند یا از اضافه شدن وزنشان جلوگیری کنند فعالیت بدنی بیش تری توصیه می شود.**
- **خانواده باید برای فعالیت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند. فعالیت های افزایش یافته باید از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال باشد. خانواده باید محیط امن برای فرزندان و دوستانشان فراهم کنند تا بتوانند با خیال راحت بازی کنند. بازی های دسته جمعی، شنا، دوچرخه سواری و اسکیت توصیه می شود.**
- **خانواده باید بر فعالیت های نشسته فرزندانشان نظارت کنند، تماشای تلویزیون و انجام بازی های کامپیوتری را محدود کند، تماشای تلویزیون را به روزانه کم تر از 2 ساعت محدود کنند و مدت زمان آن را حداقل تا30 دقیقه در شبانه روز کاهش دهند.**
- **کودکان و نوجوانان را باید تشویق نمود تا در حد توان در فعالیت های مختلف شرکت کنند و فعالیت های ورزشی خود را به یک رشته ورزشی محدود نکنند و دنبال ورزش حرفه ای نباشند.**
- **والدین و مربیان باید مراقب پیشگیری از آسیب های ناشی از فعالیت شدید باشند و در صورت بروز هر نوع آسیب ورزشی، استراحت کافی برای کودک و نوجوان پیش بینی کنند. همچنین باید چگونگی پیشگیری و درمان گرمازدگی را بدانند.**
- **کودکان و نوجوانان ورزشکار باید تحت نظر متخصص اطفال بوده و از نظر معیارهای رشد و بلوغ و ساختار بدنی و تنش های عصبی به طور دوره ای بررسی شوند. نیازهای تغذیه ای، میزان کالری، آهن و کلسیم و تعادل و تنوع غذایی کودک و نوجوان ورزشکار باید به طور دقیق تعیین شود.**
- **مرحله شروع ورزش در کودک و نوجوان از سن 6 تا 10 سالگی، مرحله شکل گیری ورزش از سن 11 تا 14 سالگی، مرحله تخصصی شدن از سن 15 تا 18 سالگی، مرحله درجات عالی مهارت و اوج عملکرد سن 19 سال به بالا است.**

همیشه باید در نظر داشت که فعالیت جسمی جزیی از زندگی روزمره است و نیاز به لباس خاص و یا شرکت در کلاس ویژه ندارد.

- **کودکان و نوجوانان نباید به مدت طولانی (هر بار بیش از یک ساعت در طول روز) بی حرکت باشند.**
- **کودکان و نوجوانان به 60- 30 دقیقه فعالیت شدید جسمی در روز یا دست کم 5 روز در هفته نیاز دارند.**
- **کودکان و نوجوانان باید در فعالیت های متنوع و مورد علاقه خود شرکت نمایند.**
- **سن شروع شرکت حرفه ای در برخی فعالیت های ورزشی به شرح زیر است:**

***ژیمناستیک در دختران 6 تا 8 سالگی و در پسران 8 تا 9 سالگی**

*** اسکی و تنیس در سنین 7 تا 8 سالگی**

*** جودو در سنین 8 تا 10 سالگی**

*** کشتی در سنین 11 تا 13 سالگی**

*** دو استقامت در سنین 14 تا 16 سالگی**

*** شنا در سنین 6 تا 8 سالگی**

*** تنیس روی میز در سنین 8 تا 9 سالگی**

*** فوتبال، بدمینتون، بسکتبال، والیبال، دو سرعت در سنین 10 تا 12 سالگی**

*** وزنه برداری در سنین 14 تا 15 سالگی**

*** دوچرخه سواری در سنین 12 تا 15 سالگی**

کودکان ورزشکار باید از نظر معیارهای رشد، وزن، ساختار بدنی، مراحل بلوغ و تنش های عصبی تحت نظر متخصص اطفال باشند.

اصول فعالیت بدنی برای کودکان و نوجوانان (5 تا 18 سال)

فعالیت بدنی منظم در کودکان و نوجوانان علاوه بر پیشگیری از اضافه وزن و چاقی، ارتقاء سلامت و تناسب اندام را برای آنها به دنبال دارد. کودکان و نوجوانان فعال از سطوح بالاتر آمادگی قلبی تنفسی و عضلات قوی تری برخوردار هستند،آنها همچنین به طور معمول دارای درصد چربی بدن پایین تر و استخوان بندی قوی تر هستند، و از سوی دیگر فعالیت ورزشی منظم موجب کاهش علائم و نشانه های اضطراب و افسردگی در آنها خواهد شد.

افرادی که از کودکی و نوجوانی به فعالیت بدنی می پردازند، احتمالا بزرگسالی سالم تری را در پیش رو دارند، برعکس کسانی که زندگی غیر فعالی را از کودکی ادامه دادند احتمال خطر بسیار زیادی را برای ابتلا به بیماری هایی از قبیل دیابت، فشار خون، سرطان، بیماری های قلبی و پوکی استخوان دارا هستند. فعالیت های زیر برای حداقل روزی 60 دقیقه در این گروه سنی مورد تاکید قرار گرفته است.

1. **فعالیت هوازی با شدت متوسط**

فعالیت هایی را شامل می شود که موجب افزایش ضربان قلب و تواتر تنفسی فرد می شود. این گروه از کودکان باید در هنگام اوقات فراغت فعالیت هایی مانند پیاده روی، اسکیت بورد، اسکیت، دوچرخه سواری، پیاده روی سریع را به مدت حداقل 60 دقیقه انجام دهد.

2. **فعالیت هوازی شدید**

فعالیت هایی را شامل می شود که علاوه بر افزایش ضربان قلب و تواتر تنفسی کودک موجب تعریق زیاد و مشکل در صحبت کردن هنگام فعالیت در آنها خواهد شد. بازی هایی در قالب تعقیب گریز، دوچرخه سواری ،طناب بازی، هنرهای رزمی مانند کاراته، ورزشی گروهی مانند فوتبال، هاکی روی چمن و یا یخ ، بسکتبال، شنا، تنیس، اسکی صحرانوردی، دو و میدانی به مدت حداقل 60 دقیقه در روز توصیه می شود.

3. **فعالیت قدرتی و تقویت عضلات**

برای افزایش قدرت عضلات بدنتان باید فعالیت های قدرتی را انجام دهید،این فعالیت ها می تواند در قالب بازی باشند، بازی هایی مانند سینه خیز رفتن،دراز نشست، بالا رفتن از درخت، روی دست ها راه رفتن برای حداقل 2 تا 3 روز در هفته انجام شود.

فعالیت بدنی و تقویت استخوان

میتوانید از بازی های زیر برای تقویت استخوان استفاده کنید ،مانند: لی لی، پرش از روی طناب، پرش از روی موانع، همچنین ورزشی مانند ژیمناستیک، بسکتبال، والیبال، تنیس را انجام دهند .

اصول فعالیت بدنی برای نوجوانان

فعالیت هوازی با شدت متوسط

در هنگام اوقات فراغت به جای بازی های رایانه ای از بازی ها و فعالیت های جسمانی مانند: پیاده روی، اسکیت بورد، اسکیت،پیاده روی سریع، دوچرخه سواری (ثابت یا دوچرخه جاده استفاده شود تا به سلامت کودک و نوجوان کمک نماید. همچنین می توانید بازی که نیاز به پرتاب دارد مانند هندبال و والیبال را به همراه همسالان به کودکان و نوجوانان توصیه کنید.

فعالیت هوازی با شدت زیاد

کودکان و نوجوانان باید ساعاتی از روز را به بازی هایی در قالب تعقیب گریز، فوتبال،دوچرخه سواری ،طناب بازی، هنرهای رزمی مانند کاراته، ورزشی گروهی مانند فوتبال ، بسکتبال، شنا، تنیس، دو و میدانی اختصاص دهند.

فعالیت قدرتی و تقویت عضلات

برای افزایش قدرت و توده عضلانی نوجوانان باید ساعاتی از هفته را به بازی هایی مانند سینه خیز رفتن، دراز نشست، بالا رفتن از درخت، روی دست ها راه رفتن. تمرینات با باند و کش های ورزشی، وسایل بدنسازی ، استفاده از وزنه های دستی،بالا رفتن از دیوار اختصاص دهند.

فعالیت بدنی و تقویت استخوان

کودکان و نوجوانان باید بازی ها و ورزش های مانند لی لی، پرش از روی طناب، پرش از روی موانع، ژیمناستیک، بسکتبال، والیبال، تنیس برای تقویت استخوان ها در برنامه ورزشی روزانه خود داشته باشد.

نمونه یک برنامه فعالیت بدنی یک هفته ای

	قبل از مدرسه	در مدرسه	بعد از مدرسه (اوقات فراغت)
شنبه	15 دقیقه پیاده روی تند، 15 دقیقه ورزش صبحگاهی، تشوق کودکان به با بالا و پایین رفتن از پله ها	30 دقیقه فعالیت بدنی شدید در زنگ ورزش. 15 دقیقه بازی در زنگ تفریح.	30 دقیقه شرکت در کلاس ورزشی فوق برنامه مانند فوتبال. 20 دقیقه پیاده روی تند با خانواده
یک‌شنبه	15 دقیقه پیاده روی تند، 15 دقیقه ورزش صبحگاهی	15 دقیقه بازی در زنگ تفریح. 10 دقیقه حرکات کششی و قدرتی	30 دقیقه شنا، 15 دقیقه حرکات ریتیمک یا طناب زدن
دوشنبه	15 دقیقه پیاده روی تند، 15 دقیقه ورزش صبحگاهی شامل بالا و پایین پریدن و ورزش های ایروبیک	15 دقیقه دویدن متوسط یا طناب زنی و بازی هایی مانند گرگم به هوا درزنگ ورزش	30 دقیقه فوتبال یا 20 دقیقه اسکیت سریع و یا بازی شدید در پارک و یا دیگر فضاهای تفریحی و ورزشی
سه شنبه	15 دقیقه حرکات کششی و نرمشی	15 دقیقه بازی و طناب زنی در زنگ تفریح. 10 دقیقه حرکات کششی و قدرتی	30 دقیقه دوچرخه سواری یا فوتبال
چهارشنبه	15 دقیقه پیاده روی تند، 15 دقیقه فعالیت های قدرتی و استقامت عضلانی شنای سوئدی و درازونشت	30 دقیقه فوتبال یا والیبال در زنگ ورزش	20 دقیقه پیاده روی تند با خانواده
پنج شنبه	-	-	60 دقیقه شنا و تمرینات قدرتی مانند شنای سوئدی و دراز ونشست
جمعه	-	-	60 دقیقه اسکیت و یا سایر بازی ها در پارک یا فضای ورزشی همراه با والدین

مربیان بهداشت و معلمان تربیت بدنی مدارس

با گسترش شهرنشینی و رفتارهای ویژه آن، کم تحرکی در بین بچه ها نیز رواج یافته است. بسیاری از بچه های کشور ما فعالیت بدنی مناسب برای رشد توام با سلامتی را ندارند و به همین دلیل باید کودکان در مورد فعالیت بدنی و ارتباط آن با سلامتی آموزش داده شوند و مربیان ورزشی و معلمان باید به کودکان کمک کنند تا اهمیت فعالیت بدنی و تاثیر آن بر بدنشان و سلامتی را بفهمند و به فعالیت بدنی فکر کنند و رفتارشان را تغییر دهند. معلمان و مربیان باید کودکان را نسبت به نیاز به فعالیت بدنی آگاه کنند.

برای این که کودکان به کمک مربیان بتوانند فعالیت بدنی را که موجب:

- **استحکام استخوان ها و تقویت عضلات بدن**
- **انعطاف پذیری**
- **رشد و توسعه مهارت های فردی**
- **کنترل وزن بدن**
- **افزایش اعتماد به نفس**
- **تناسب اندام**
- **افزایش آرامش**
- **تقویت قلب**
- **افزایش رشد توام با سلامتی**

یافتن دوستان جدید و کمک به اجتماعی شدن آن ها می شوند را در ساختار زندگی خود بگنجانند، باید فعالیت بدنی به صورت تعدادی از موضوعات درسی تقسیم شود و از این طریق اطلاعات مرتب تکرار شود. به ویژه روی بعضی از دروس که مهم تر است تکیه شود.

مربیان می توانند بر اساس 5 استراتژی زیر به تغییر رفتار کودکان در زمینه فعالیت بدنی کمک کنند:

- **بسط آگاهی و دانش کودکان در زمینه فعالیت بدنی. برای این کار مشارکت کودکان در این که بدانند چه مقدار فعالیت بدنی برای حفظ سلامتی خود باید انجام دهند و چه مقدار و چگونه از وضعیت کم تحرکی خود (مانند زمانی که از بازی های کامپیوتری استفاده می کنند یا تلویزیون تماشا می کنند) کاهش دهند، ضروری است. آن ها باید بدانند فعالیت بدنی نباید رقابتی باشد و باید از آن لذت ببرند و شاد شوند.**
- **آن ها باید بدانند برای فعال بودن ضروری نیست در یک رشته ورزشی شرکت کنند بلکه پیاده روی از منزل تا مدرسه، دوچرخه سواری و حتی کمک به انجام کارهای منزل جزء فعالیت های بدنی است و برای حفظ سلامتی مفید است.**
- **برای این که به فعالیت بدنی علاقمند شوند باید فعالیت های بدنی متنوعی که از نظر آن ها جالب است، انتخاب کنید.**
- **علاوه بر انجام فعالیت های بدنی متوسط، باید فعالیت های بدنی شدید نیز انجام دهند تا قلب با سرعت بیش تری بتپد و نفس ها تندتر و عمیق تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و میدانی و شنا.**
- **کمک به افزایش آگاهی دانش آموزان و مشارکت آن ها در انتخاب راه های مناسب. برای این کار به دانش آموزان کمک شود تا لیستی از فعالیت های بدنی که انجام می دهند تهیه شود و نام خود را کنار فعالیت هایی که انجام می دهند یادداشت کنند. جلسه دوم معلم این برگه ها را به صورت یک نمودار در بیاورد و در کلاس هر دانش آموز فعالیت های مورد علاقه اش را لیست کند و سپس فعالیت هایی را که دوست ندارد انجام دهد، لیست کند. جلسه سوم معلم در مورد اهمیت فعالیت بدنی برای سلامت و اثرات کم تحرکی توضیح می دهد و از بچه ها می خواهد که هر روز60 دقیقه فعالیت بدنی داشته باشند و30 دقیقه از ورزش های کامپیوتری خود بکاهند. به هر کودک یک نسخه از نمودار فعالیت بدنی داده می شود. معلم نیز یک نمودار بزرگ در کلاس نصب می کند. جلسه بعد معلم فعالیت بدنی نسبتاً شدید را معرفی می کند و از آن ها می خواهد بعضی از این فعالیت ها مانند لی لی را به مدت 10 دقیقه انجام دهد. بعد از اتمام فعالیت بدنی احساس آن ها را می پرسد و به کلاس بر می گردند و با اشاره به نمودار از بچه ها سوال می کند کدامیک از فعالیت های روی نمودار همان احساس را به آن ها می دهد. معلم کنار فعالیت های بدنی شدید ستاره قرمز می گذارد و به بچه ها گوشزد می کند که آن ها نیاز به انجام این گونه فعالیت ها حداقل به**

مدت 10 دقیقه در روز دارند. هر روز بچه ها بر حسب فعالیتی که حداقل 10 دقیقه انجام داده اند یک برچسب بر روی نمودار نصب شده در کلاس می چسبانند. از روی این نمودار مقدار پیشرفت بچه ها مشخص می شود. معلم مدت 10 دقیقه به بچه های کلاس اجازه می دهد که به حرکات ورزشی بپردازند. هر روز قبل از این که بچه ها به منزل بروند به آن ها گوشزد می کند فعالیت هایی را که عصر انجام می دهند در دفترچه یادداشت ثبت کنند و فردای آن روز روی نمودار بیاورند. معلم یک هفته بعد میزان فعالیت بدنی دانش آموزان را ارزیابی کند.

- به دانش آموزان یاد بدهند که هدف مشخصی را تعیین نمایند. هدف گذاری به بچه ها کمک می کند تا پیشرفت کاری خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل 20 دقیقه فعالیت متوسط، 10 دقیقه فعالیت شدید داشته باشند و30 دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند. ماه دوم 30 دقیقه فعالیت متوسط، 15 دقیقه فعالیت شدید(45 دقیقه فعالیت بدنی) داشته باشند و 45 دقیقه از زمان کم تحرکی و بی تحرکی خود بکاهند و ماه سوم .....
- از کودکان خود بازخورد بگیرید و آن ها را تشویق کنید. در مورد فعالیت هایی که انجام داده اند گفتگو و بحث کنید و آن ها را تشویق کنید و حتی جایزه بدهید.
- با تمام دانش آموزان کلاس در مورد اهداف فعالیت بدنی گفتگو کنید تا به انجام فعالیت هایی که مایلند انجام دهند تشویق شوند.
- رفتارهای جدید را تقویت کنید و موفقیت ها را از طریق شناخت آن ها و جایزه به آن ها جشن بگیرید.

با توجه به این که فعالیت بدنی روی عضلات، استخوان ها و سایر اندام های انسان تاثیر می گذارد یک پوستر از بدن انسان روی دیوار نصب شود. به دانش آموزان یاد داده شود که فعالیت بدنی چه تاثیری روی هر قسمت بدن دارد و بعد از پایان هر درس از دانش آموزان سوال شود چه فعالیت هایی انجام داده اید که قلب و عضلاتتان فعالیت کرده اند و سپس روی این اعضاء بر روی پوستر علامت بگذارند. با این کار به دانش آموزان پیام داده می شود که فعالیت بدنی موجب بهبود عملکرد اعضای بدن می شود. هر روز از بچه ها بخواهید فعالیت هایی را انجام دهند که بر روی اعضاء بدن موثر است و باعث بهتر کار کردن آن ها می شود. معلم یک پرسشنامه تهیه کند که در آن از دانش آموزان سوال شود کدام یک از فعالیت هایی که آن ها انجام می دهند ضربان قلب را سریع تر می کند.

مثال: تمام فعالیت هایی را که فکر می کنید ضربان قلب شما را سریع تر می کند علامت بگذارید:

دویدن ◯ اسکیت کردن ◯ لا و پایین پریدن ◯ بازی های کامپیوتری ◯ تند راه رفتن ◯ زی ویدئویی ◯ شای تلویزیون ◯

معلم سه نوع از فعالیت هایی که روی سلامت قلب موثر است را توضیح دهد.

فعالیت های استقامتی فعالیت هایی هستند که در آن عضلات بزرگ بدن فعالیت موزون (ریتمیک) برای یک دوره مشخص دارند و این دسته از فعالیت ها مانند دو، پیاده روی تند، شنا و دوچرخه سواری موجب بهبود قابلیت های قلبی ریوی می شوند.

فعالیت های انعطاف پذیری فعالیت های بدنی هستند که در سطح مفاصل انجام می شود و سبب حرکت مفاصل دامنه وسیع می شوند مثل ژیمناستیک و یوگا.

فعالیت های قدرتی فعالیت هایی هستند که قدرت عضلات و توده عضلانی را افزایش می دهند مانند حمل بارهای مختصر سنگین، هل دادن و کشیدن و وزنه برداری با وزنه های کوچک.

راهنمای اقدام پیش از ارجاع در صورت بیرون افتادن دندان از دهان

الف) در مورد دندان دایمی:

1. **دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.**
2. **دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. در این حالت نباید دندان و به خصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک شود.**
3. **در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و یا والدین آموزش های لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند.**
4. **یک تکه گاز یا پارچه نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندان های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.**

- ✓ **نکته1- در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و والدین آموزش های لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند. پس از انجام اقدامات بند اول فوق الذکر، ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.**
- ✓ **نکته2- اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، درصورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.**

ب) در مورد دندان شیری:

- **به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نباید تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره دندانی مربوطه اش نمود، ولی باید بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.**

- **در صورتی که بیمار قبلا به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلوده باشد، بایستی یک نوبت واکسن کزاز به بیمار تزریق شود.**

بررسی از نظر سل ریوی

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر ارزیابی کنید:

سرفه طول کشیده: چنانچه دانش آموز بیش از 2 هفته سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد.

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از دانش آموز در خصوص افراد مبتلا به سل و یا دارای علائم مشابه در خانواده، اقوام و دوستان، در حال حاضر و یا گذشته (بویژه در 2 تا 5 سال اخیر) سوال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که دانش آموز با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

- **از دانش آموز با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار 2 هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود و به دانش آموز یک ظرف جمع آوری خلط بدهید و از او بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط را در آن جمع آوری بکند و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل نمونه دوم، سومین نمونه از خلط دانش آموز در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.**

در صورتی که بیمار بستری باشد هر 3 نمونه از خلط صبحگاهی تهیه شود.

حجم هر نمونه خلط باید 3 تا 5 میلی لیتر باشد.

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید.

دانش آموز را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

دانش آموز دارای یک نشانه (سرفه بیش از 2 هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. از دانش آموز مطابق توضیحات قبلی، سه نمونه خلط با کیفیت تهیه و هر چه سریع تر همراه با فرم بیماریابی تکمیل شده به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه (براساس برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل) ارسال نمایید. همچنین دانش آموز را همراه با نتیجه اسمیر خلط به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

- **دانش آموز بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی"در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. دانش آموز را یک ماه بعد پیگیری کنید.**
- **چنانچه دانش آموز بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی " فاقد مشکل" قرار می گیرد. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.**

دقت کنید نتایج اسمیر خلط بیمار برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

- **برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)**
- **کنترل راه های انتقال بیماری**
- **تغذیه مناسب**

پیگیری: دانش آموز در تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.

از دانش آموز در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- **در صورتی که دانش آموز دارای نشانه است، مطابق متن فوق، از دانش آموز سه نمونه خلط تهیه و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.**
- **در صورتی که دانش آموز فاقد نشانه است وی را 6 ماه بعد پیگیری کنید. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.**

نوجوان یا کودک بالای 12 سال و کودک بالای 12 سال را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی ارزیابی کنید

سرفه طول کشیده: *چنانچه نوجوان یا کودک بالای 12 سال به مدت 2 هفته یا بیشتر سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد*

نکته: سرفه با طول مدت کمتر، را در نوجوان یا کودک بالای 12 سالان دارای ضعف سیستم ایمنی نشانه محسوب کنید.

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: *از نوجوان یا کودک بالای 12 سال در خصوص وجود افراد مبتلا به سل و یا دارای علائم مشابه در خانواده، اقوام و دوستان، در حال حاضر و یا گذشته (بویژه در 2 تا 5 سال اخیر) سؤال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که نوجوان یا کودک بالای 12 سال با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.*

ضعف سیستم ایمنی: *ابتلای از قبل شناخته شده نوجوان یا کودک بالای 12 سال به حداقل یکی از موارد "عفونت HIV، سیلیکوزیس، دیالیزخونی، دریافت پیوند، و یا دریافت داروی آنتاگونیست TNF[1]" را عامل خطر ابتلا به سل محسوب کنید. از نوجوان یا کودک بالای 12 سال با سرفه طول کشیده، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود. از نوجوان یا کودک بالای 12 سال بخواهید که فردا صبح قبل از*

[1] *لیست داروهای آنتاگونیست TNF موجود در ایران عبارتند از:* ***Etanercept*** *(= ENBREL ; Altebrel ; Erelzi)*، ***Infliximab*** *(=Remicade ; Remsima; Inflectra ; Ixifi ; Renflexis)*، ***Golimumab*** *(= Simponi ; Limumab)* ، ***Certolizumab****(=Cimzia)*، ***Adalimumab*** *(= Humira ; Amjevita)*

بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط خود بگیرد و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و سومین نمونه خلط نوجوان یا کودک بالای 12 سال، در واحد بهداشتی و تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه، بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

نوجوان یا کودک بالای 12 سال را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید

نوجوان یا کودک بالای 12 سال را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- *نوجوان یا کودک بالای 12 سال "دارای سرفه طول کشیده" **یا** "(سرفه کمتر از 2 هفته) و همراه با عامل خطر" در طبقه بندی مشکل **" احتمال سل فعال (**فرد مشکوک به سل فعال ریوی**)" قرار می گیرد. بلافاصله پس از آموزش نحوه صحیح تهیه خلط با کیفیت، اولین نمونه خلط از نوجوان یا کودک بالای 12 سال گرفته شود. به نوجوان یا کودک بالای 12 سال و همراه وی در زمینه آداب صحیح سرفه، تغذیه و راه های انتقال بیماری به سایرین و نحوه گرفتن نمونه خلط های بعدی آموزش دهید. از نوجوان یا کودک بالای 12 سال مطابق توضیحات قبلی، سه نمونه خلط با کیفیت تهیه و هر چه سریعتر همراه با فرم بیماریابی تکمیل شده به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال نمایید. همچنین نوجوان یا کودک بالای 12 سال را همراه با نتیجه اسمیر خلط به پزشک ارجاع غیر فوری دهید و پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید..*
- *نوجوان یا کودک بالای 12 سال "دارای سرفه کمتر از دو هفته **و فاقد** عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل یا ضعف سیستم ایمنی)" در طبقه بندی در معرض مشکل **"در معرض خطر ابتلا به سل فعال"** قرار می گیرد. . به نوجوان یا کودک بالای 12 سال و همراه وی آداب سرفه، علایم بیماری، راه های انتقال بیماری ،تغذیه و تهویه مناسب را آموزش دهید. نوجوان یا کودک بالای 12 سال را پیگیری کرده و در صورت تداوم سرفه به مدت دو هفته، او را در گروه مشکل **"احتمال سل فعال"** طبقه بندی کرده و اقدامات متناسب با آن گروه را برای وی انجام دهید*
- *نوجوان یا کودک بالای 12 سال "فاقد سرفه **و** دارای عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل **یا** ضعف سیستم ایمنی)" در طبقه بندی در معرض مشکل **"در معرض خطر ابتلا به سل نهفته"** قرار می گیرد. به نوجوان یا کودک بالای 12 سال و همراه وی علایم بیماری، درمان پذیری سل، راه های انتقال آن و آداب سرفه را آموزش دهید. در آینده نزدیک، اجرای فرآیند تشخیص و درمان سل نهفته برای این گروه ابلاغ خواهد شد. لذا انتظار می رود تا آن زمان:*

1. *نسبت به طبقه بندی و ثبت نوجوان یا کودک بالای 12 سال در این گروه اقدام کنید، تا پس از ابلاغ برنامه جدید، این فرد برای تشخیص و درمان سل نهفته به پزشک ارجاع غیر فوری شود.*
2. *نوجوان یا کودک بالای 12 سال در تماس با بیمار مسلول ریوی در طول دو سال اخیر را باید هر شش ماه یکبار (تا دو سال از زمان تشخیص مورد سل) تحت و بیماریابی فعال سل قرار داده و نتیجه را در پرونده بیمار مسلول ثبت نمود.*
3. *برای نوجوان یا کودک بالای 12 سالی که به تازگی در میان اطرافیان وی، بیمار مسلول ریوی شناسایی شده است، باید علاوه بر انجام بیماریابی در بدو تشخیص، یکماه بعد و سپس هر شش ماه یکبار تا دو سال از زمان تشخیص مورد سل، پیگیری و بیماریابی فعال سل انجام و نتیجه را در پرونده بیمار مسلول ثبت نمود.*

روال بیماریابی فعال نوجوان یا کودک بالای 12 سال در تماس با بیمار مبتلا به سل ریوی (در ماه صفر، ماه 1، ماه 6، ماه 12، ماه 18 و ماه 24) به این شرح است:

از نوجوان یا کودک بالای 12 سال در مورد نشانه بیماری سؤال کنید:

- *در صورتی که نوجوان یا کودک بالای 12 سال دارای نشانه است، از نوجوان یا کودک بالای 12 سال سه نمونه خلط تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از نوجوان یا کودک بالای 12 سال در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه نوجوان یا کودک بالای 12 سال عملکرد صحیحی داشته است، نوجوان یا کودک بالای 12 سال را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت نوجوان یا کودک بالای 12 سال و همراه وی را مجدداً آموزش دهید.*

- *در صورتی که نوجوان یا کودک بالای 12 سال فاقد نشانه است، از نوجوان یا کودک بالای 12 سال در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر نوجوان یا کودک بالای 12 سال عملکرد صحیحی داشته است، نوجوان یا کودک بالای 12 سال را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، نوجوان یا کودک بالای 12 سال و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. نوجوان یا کودک بالای 12 سال را در زمان تعیین شده بعدی مجددا پیگیری نمایید. نوجوان یا کودک بالای 12 سال و همراه وی را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.*

- *چنانچه نوجوان یا کودک بالای 12 سال بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی فاقد مشکل* ***" عدم ابتلا به سل"*** *قرار می گیرد. نوجوان یا کودک بالای 12 سال را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.*

دقت کنید *نتایج اسمیر خلط بیمار برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.*

سایر وظایف و پیگیری ها:

- *مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیمار مبتلا به سل ریوی (شامل توصیه های کلی پیرامون رعایت آداب سرفه و کنترل راه های انتقال بیماری، برخورداری از تهویه و نور کافی در اتاق بیمار، تغذیه مناسب و توصیه های اختصاصی نظیر اهمیت مصرف صحیح و مرتب دارو، طول مدت درمان و زمان مصرف دارو). لازم به ذکر است که خلاصه این توصیه ها در* دو برگ ابتدایی نسخه کاغذی پرونده بیمار مسلول وجود دارد.
- *انجام نظارت مستقیم روزانه بر درمان نونوجوان یا کودک بالای 12 سال و کودک بالای 12 سالان مسلول همراه با بررسی بروز عوارض دارویی احتمالی**
- *همکاری در بررسی کودکان و بزرگسالان در تماس با بیماران شناسایی شده*
- *پایش حین درمان بیماران شامل توزین و تهیه نمونه خلط و ارجاع بیماران برای ویزیت های ادواری پزشک بر اساس زمانهای تعیین شده در دستورالعمل کشوری سل*
- *پیگیری افراد مشکوک به سل دارای سه نمونه خلط منفی پس از دو هفته و ارجاع مواردی که علائمشان بهبود نیافته به پزشک*

عوارض دارویی سل

نوع عارضه	نشانه های عارضه	اقدامات لازم
عوارض دارویی خفیف	• بی اشتهایی، تهوع، درد مفاصل،احساس سوزش یا گزگز در پاها	اطمینان دادن به بیمار عدم قطع درمان ضد سل ارجاع غیرفوری به پزشک جهت درمان های حمایتی
عوارض دارویی شدید	• زردی، استفراغ و افت سطح هوشیاری ،اختلال دید رنگ (قرمز و سبز)،خارش شدید،لکه های پوستی به همراه ادم، زخم مخاطی ،شوک،کاهش شنوایی و یا کری (در گروه درمانی 2) • سرگیجه و یا نیستاگموس (در گروه درمانی 2)	**قطع درمان ضد سل و ارجاع فوری**

راهنمای آسم

تعریف آسم

آسم یک بیماری جدی، مزمن و غیرواگیر ریه است که با التهاب مجاری هوایی همراه می باشد. مزمن به این معنا است که بیماری همیشه وجود دارد، حتی زمانی که بیمار احساس ناخو شی ندارد. در این بیماری سه واقعه در راه های هوایی رخ می دهد.

1- پوشش داخلی راه های هوایی متورم و ملتهب می گردد.

2- ترشحات راه های هوایی (موکوس) زیاد شده و می تواند راه های هوایی را مسدود سازد.

3- عضلات اطراف راه های هوایی منقبض شده و مسیر راه هوایی را تنگ تر می سازند.

در بیماری آسم به دنبال واکنش راه های هوایی به عوامل محرک و حساسیت زا (آلرژیک)، این سه عامل سبب انسداد راه های هوایی می شود و در نتیجه هوای کم تری از آن ها عبور کرده و عمل تنفس سخت تر می گردد. در این شرایط علایم آسم به صورت سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس بروز می کند.

علل آسم

علت دقیق و اصلی آسم هنوز نامشخص است. ولی آنچه تاکنون روشن شده، نشان می دهد که اگر افراد خانواده سابقه انواع بیماری های آلرژیک (اگزما، آلرژی بینی، آلرژی غذایی و آسم) را داشته باشند احتمال بروز آسم در سایر افراد آن خانواده بیشتر می شود. همچنین تماس با عواملی چون دود سیگار، عوامل عفونی ویروسی و بعضی از مواد حساسیت زا ممکن است سبب افزایش احتمال بروز آسم گردند. همچنین بیماری آسم ممکن است در افراد بدون سابقه آلرژی نیز رخ دهد. برخی افراد (نظیر کارگران نانوایی، چوب بری، رنگسازی،.....) در اثر تماس های شغلی، دچار آسم می گردند.

موارد شایع محیطی که سبب بروز یا بدتر شدن آسم (حمله آسم) می گردند عبارتند از:

1- مواد حساسیت زا یا آلرژن ها:

- عوامل حساسیت زای حیوان (پر، مو یا پوست)
- گرده ها و قارچ ها (مانند گردهای حاصل از مصرف گچ در کلاس درس)
- هیره (مایت) موجود در گرد و خاک خانه ها و محیط مدرسه
- سوسک ها

2- مواد محرک

- دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و...)
- آلودگی هوا (مانند دود حاصل از دودکش بخاری ها و اگزوز خودروها)
- تغییرات آب و هوایی، بخصوص هوای سرد و خشک
- بوهای تند (مانند بوی متصاعد از برخی موادشیمیایی در آزمایشگاه های مدارس و یا ماژیک وایت برد کلاس درس و یا عطر و ادکلن و...)
- تغییرات هیجانی شدید (گریه کردن، خندیدن شدید، استرس و اضطراب)

3- عفونت های ویروسی (سرماخوردگی، آنفلوانزا و...)

4- فعالیت فیزیکی

5- سایر عوامل

- داروها
- مواد افزودنی در غذاها و آلرژی های غذایی (بویژه در کودکان و در مدارس)
- چاقی

سیر بیماری آسم

اگر چه آسم همه گروه های سنی را درگیر می کند اما شروع آسم در اغلب موارد از دوران کودکی است. اغلب کودکان با افزایش سن علائم کمتری خواهند داشت اگر چه در بعضی از آنها ممکن است شدت علائم ثابت بماند و یا حتی بیشتر شود ولی پیش بینی این امربه طور قطعی ممکن نیست. آسم یک بیماری دراز مدت است که البته می توان آن را کنترل نمود.

علایم آسم

شایع ترین علایم آسم عبارتنداز:

1- سرفه:

سرفه بیماران آسمی اغلب در شب و اوایل صبح بدتر می شود و مانع خواب می گردد. ممکن است تک تک یا حمله ای باشد ولی اکثراً به مدت طولانی ادامه می یابد. اگر سرفه بیش از 4 هفته طول بکشد باید بیمار برای بررسی از جهت آسم ارجاع گردد.

2- خس خس سینه:

نوعی صدای زیر است که هنگام تنفس و اغلب در بازدم شنیده می شود. باید توجه داشت که خس خس سینه از خرخر که نوعی صدای بم است و اغلب در هنگام دم شنیده می شود افتراق داده شود. خس خس عود کننده نیز از علائمی است که باید در صورت مشاهده، به آسم مشکوک شد و بیمار را ارجاع داد.

3- تنگی نفس:

در تنفس طبیعی عمل دم وبازدم به راحتی و بدون احساس فشار یا کمبود هوا صورت می گیرد اگر بیمار دچار اختلال در تنفس بصورت تنگی نفس گردد ، باید به عنوان یکی از علایم مشکوک به آسم جهت بررسی بیشتر ارجاع گردد.

البته همه بیماران علائم فوق را به طور کامل ندارند و شدت و میزان علائم نیز درحالت های مختلف بیماری و در حمله آسم متفاوت است. از آنجا که ممکن است در بعضی از افراد، بیماری آسم همزمان با سایر اختلالات آلرژیک دیده شود لذا باید به علایم این بیماری ها در حال و یا گذشته وی توجه کرد نظیر علائم آلرژی بینی (عطسه مکرر ، خارش ، گرفتگی و آبریزش بینی) و یا وجود ضایعات پوستی خارش دار (اگزما). به طور کلی هر بیمار با تشخیص آسم باید از جهت آلرژی بینی بررسی شود و برعکس از هر فرد دچار آلرژی بینی بایدعلایم آسم سئوال گردد.

همانطورکه گفته شد علایم آسم درافراد مختلف شدت های متفاوتی دارد که براساس آن برنامه درمانی اختصاصی آنها نیز تفاوت می کند. باید توجه داشت هر بیمارآسمی درهرسطحی از شدت بیماری می تواند دچارحمله شدید و ناگهانی گردد.

حمله آسم

وقتی شدت علایم آسم از حد معمول بیشتر شود به آن حمله آسم اطلاق می گردد. همه حملات آسم مشابه نیستند و شدت های متفاوتی دارند. بعضی از آنها می توانند آنقدرشدید باشند که سبب مرگ گردند.

بنابراین حمله آسم از اورژانس های پزشکی است. با کنترل روزانه آسم، پیگیری های منظم و دوری از عوامل محرک می توان از حملات بیماری جلوگیری کرد.

یکی از وظایف مهم کارشناس مراقب سلامت و بهورز در ارتباط با بیماران آسمی ، آموزش علائم هشدار دهنده وقوع حمله آسم است .

علائم حمله آسم عبارتند از :

1) بدتر شدن پیش رونده سرفه ، خس خس سینه ، تنگی نفس و یا احساس فشردگی قفسه سینه به ویژه در هنگام خواب

2) هر گونه سختی در نفس کشیدن در حین راه رفتن و صحبت کردن

3) غیبت از محل کار یا مدرسه به خاطر تشدید علایم بیماری

4) نیاز به استفاده زیاد از داروی تسکین دهنده (سالبوتامول) در روز یا شب یعنی بیشتر از 2 بار استفاده از افشانه سالبوتامول در هفته .

5) کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از $\frac{۲}{۳}$ مقدار طبیعی بیمار

همچنین باید علائم یک حمله آسم شدید را سریعاً شناسایی کرد. علائم حمله آسم شدید عبارتند از :

1) تنگی نفس شدید ، تنفس سریع (بیشتر از 5 سال وبالغین: بیشتر از 30 در دقیقه)، عرق سرد

2) خس خس پیشرونده

3) استفاده از عضلات فرعی تنفس به صورت داخل کشیده شدن پوست قفسه سینه و عضلات بین دنده ای

4) ناتوانی در بیان حتی یک جمله

5) افت سطح هوشیاری

6) کاهش درعدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از 50٪ مقدار طبیعی بیمار

<u>آموزش بیمار</u>

آموزش بیماران کلید ایجاد یک ارتباط موفق بین بیمار و مراقب بهداشتی او است . باید دانست که داروها تنها راه کنترل آسم نیستند. بلکه پرهیز از عوامل محرکی که سبب التهاب مجاری هوایی و بدتر شدن آسم می شوند نیز بسیار مهم است. این عوامل آغازگر آسم نامیده می شوند. هر بیمار باید راه های اجتناب از عوامل آغازگر بیماری خود را بشناسد.

آغازگرهای آسم و روش های پرهیز و کنترل این عوامل عبارتنداز:

**** هیره موجود در گردو خاک خانه ها (مایت)***

هیره ها بند پایانی میکروسکوپی هستند (حدوداً 0/3 میلی متر) که با چشم غیر مسلح دیده

نمی شوند. تغذیه این موجودات از پوسته ریزی بدن انسان است . محل زندگی این حیوان در لابه لای پرزهای فرش ، پتو ، مبلمان ، پرده ، تشک، بالش، اسباب بازی ها ی پشمی و پارچه ای و وسایل مشابه است . شرایط آب و هوایی گرم مرطوب – (مثلاً در زمستان که اکثراً درب وپنجره ها بسته است و اغلب از بخور نیز استفاده می شود) رشد و تکثیر این موجودات را تسریع می کند. تماس و استنشاق ذرات بدن و فضولات دفعی این حیوانات سبب بروز یا تشدید علایم آسم می گردد. لذا با استفاده از روش های زیر باید با آن ها مقابله کرد :

- بالش ها و تشک ها در پوشش هایی غیرقابل نفوذ (مثلا پلاستیکی) پیچیده شود.

- کلیه ملحفه ها هفته ای یکباردرآب داغ (60درجه سانتی گراد) شسته شده ودرآفتاب خشک گردد.

- درصورت امکان ازقالی به عنوان کف پوش استفاده نشود.

- وسایل فراوان (اسباب بازی – کتاب ،مبلمان و ....) در داخل اتاق کودک نگهداری نشود.

- سطح رطوبت خانه کاهش یابد. بهتر است اتاق خواب آفتاب رو و دارای نور کافی باشد.

- هنگام نظافت منزل بهتر است فرد مبتلا به آسم در منزل نباشد.

*** *عوامل حساسیت زای حیوانات***

- به هیچ وجه اجازه ورود حیوانات دست آموز به رختخواب داده نشود.

- حیوانات دست آموز از خانه خارج گردند. (گربه، سگ و....)

- از به کاربردن بالش یا تشک حاوی پر، پشم و کرک اجتناب شود.

- سوسک از عوامل حساسیت زا است با روشهای مناسب در رفع این حیوان تلاش گردد.

*** *دود سیگار***

دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و ....) از مهترین عوامل افزایش آسم بخصوص در کودکان می باشند. حدود 4000 ماده سمی در دود سیگار شناخته شده است. بنابراین توصیه می شود :

- در صورت ابتلا به آسم به هیچ وجه سیگار استفاده نشود.

- اجازه سیگار کشیدن در خانه یا فضاهای بسته به هیچ کس داده نشود.

*** *تغذیه با شیرمصنوعی***

تغذیه انحصاری با شیرمادر بخصوص در 6 ماه اول زندگی خطر بروز آلرژی و آسم را کاهش می دهد. لذا برای پیشگیری از آسم بهتر است از شیرمصنوعی استفاده نشود.

*** *آلودگی هوا***

هوای آلوده حاوی مواد متعددی است که موجب بدتر شدن آسم می گردد. بیماران مبتلا به آسم باید در مواقعی که علائم هشدار دهنده نشاندهنده آلودگی شدید هوا هستند از خروج از منزل و خصوصا ورزش درفضای آزاد اجتناب نمایند.

استفاده از وسایل گرمایشی دود زا (بخاری نفتی یا چوبی ، وجود تنور درمنزل و.....) نیز از عوامل تشدید کننده آسم به شمار می روند و استفاده از وسایل گرمایشی غیردود زا در منزل توصیه می گردد.

*** *بوهای تند***

بعضی از بیماران مبتلا به آسم به بوهای تند مثل بوی رنگ و اسپری مو ،عطر و ادوکلن، سفید کننده ها ، جوهر نمک و .... واکنش نشان می دهند و باید از این عوامل محرک اجتناب کنند.

*** گرده های گیاهان و قارچ ها**

گرده های گیاهی موجود درفضا ، اغلب سبب آسم و آلرژی های فصلی می شوند.

درختانی مثل نارون ، کاج ، سپیدار ، علوفه های هرز در فصول مختلف مشکل ساز هستند. در فصل های گرده افشانی بابستن درب و پنجره ها می توان از نفوذ گرده ها به اتاق جلوگیری کرد.

رطوبت و گرما سبب رشد قارچ ها وکپک ها می گردند، کپک ها و قارچ ها از عوامل آلرژی زا در فضاهای بسته به شمار می روند. لذا باید از منابع تکثیر قارچ مثل جاهای مرطوب اجتناب کرده و محل های مرطوب (حمام ، زیر زمین) مکرراً تمیز شوند.

وسایل کمک درمانی و تکنیک های استنشاقی

در بیماری آسم استفاده از اسپری های (افشانه ها) استنشاقی درکمترین زمان ممکن و با حداقل دوز، موثرترین مقدار دارویی را با کمترین عوارض به ریه ها می رساند. بنابراین تاکید براهمیت استفاده از این شکل دارویی به بیماران بسیارمهم است. نکته مهم دیگر یادآوری این مطالب است که این روش دارویی ایجاد وابستگی و اعتیاد نمی کند ، بلکه این فکر، باور غلطی است که در بین بعضی از مردم رواج دارد. البته استفاده غلط از اسپری های استنشاقی، شکست در درمان را موجب می گردد. بنابراین آموزش استفاده از داروهای استنشاقی ضروری است. بطور کلی استفاده از اسپری(افشانه یا MDI) با محفظه مخصوص(spacer) در کلیه سنین ارجح است چرا که با استفاده از افشانه به تنهایی، میزان دارویی که وارد ریه می شود حدود 10٪ دوز تجویز شده است و استفاده از افشانه با محفظه مخصوص، این میزان را 2 تا 4 برابر می کند.

اصول استفاده از محفظه مخصوص (Spacer)

این وسیله برای مصرف درست و دریافت دوز کافی دارو در تمام سنین و نیز در شرایط حمله آسم مفید است. این دستگاه علاوه بر آن که موجب میشود داروی بیشتری به ریه ها برسد، از رسوب دارو در دهان و نهایتاً رشد قارچ جلوگیری می کند. برای کودکان زیر 5 سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده میگردد.دراین حالت به جای آن که قسمت دهانی داخل دهان بیمار قرار گیرد ماسک بطور محکم روی دهان وبینی کودک قرار می گیرد.

روش استفاده از محفظه مخصوص

1) **افشانه (MDI) را از طریق برداشتن در پوش آن، تکان دادن و قراردادن آن در وضعیت عمودی به نحوی که به مدخل محفظه مخصوص متصل باشد، آماده کنید.**
2) **مخزن افشانه را به پایین فشاردهید و یک پاف از دارو را به داخل محفظه وارد کنید. قسمت دهانی محفظه مخصوص را حدود 10 ثانیه داخل دهان نگه دارید و 5 بار بطور عادی دم وبازدم انجام دهید**
3) **برای کودکان بزرگتر از 5 سال و بزرگسالان توصیه می‌شود قبل از مرحله 2، با بازدم ریه‌ها را از هوا خالی کنند.**
4) **اگر نیاز به بیش از یک پاف دارو است، حداقل 30 ثانیه صبر کنید بعد مراحل 2 و3 را تکرار کنید. بخاطر داشته باشید که قبل از پاف بعدی محفظه دارو را تکان دهید.**
5) **برای کودکان زیر 5 سال که مستقیماً نمی‌توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده می‌گردد. در این حالت برای استفاده به جای آن که قسمت دهانی داخل دهان بیمار قرار گیرد (لب ها دور آن غنچه گردد) ماسک به طور محکم روی دهان و بینی کودک قرار می‌گیرد.**

اصول استفاده از اسپری (افشانه) یا MDI

استفاده ازاسپری با محفظه مخصوص در کلیه سنین ارجح است ولی چنانچه دسترسی به spacer (محفظه مخصوص) وجود نداشت به صورت زیر باید عمل گردد:

1) سرپوش اسپری را بردارید و مخزن اسپری را به خوبی تکان دهید.

2) به آرامی و به طرز یکنواختی نفس خود را بیرون دهید.

3) اسپری را درفاصله 3 سانتی متری جلوی دهان باز بگیرید.

4) در حالی که شروع به دم آرام و عمیق می کنید مخزن فلزی را فشارداده تا دارو آزاد شود و تا حدامکان عمل دم عمیق ادامه یابد.

5) برای حدود 5 ثانیه نفس خود را حبس کنید.

6) نفس خود را به آرامی خارج سازید.

درمان داروئی آسم

دو دسته اصلی دارویی برای درمان آسم استفاده می شوند :

1) داروهای تسکین دهنده (سریع الاثر)

این داروها با شل کردن انقباض عضلات راههای هوایی ،سبب گشاد شدن راه های هوایی و در نتیجه کاهش یا رفع علائم آسم می شوند. زمان شروع اثر این داروها چند دقیقه است، بنابراین به نام داروهای تسکین فوری نامیده می شوند و در هنگام بروز اولین علایم تشدید بیماری باید بکار روند. معروف ترین دارو از این گروه سالبوتامول می باشد.

2) داروهای کنترل کننده یا نگهدارنده

خاصیت مشترک این دسته دارویی ، اثرات ضد التهابی آنهاست و از این راه علائم آسم را کاهش می دهند. این دسته دارویی بطور طولانی مدت بکار می روند و استفاده آن باید روزانه و بطور منظم باشد . این داروها نقش مهمی در پیشگیری از بروز علائم و حملات آسم دارند. اشکال مختلف آسم پایدار به این گروه دارویی نیاز دارند. موثرترین داروی این دسته استروئید (کورتون) های استنشاقی هستند. معروف ترین آن ها بکلومتازون و فلوتیکازون می باشند. دربعضی از موارد شدید از اشکال خوراکی استروئیدها (پردنیزولون) یا تزریقی استفاده می گردد. چون بیشتر داروهای آسم از نوع استنشاقی هستند. تکنیک استفاده از آنها بسیارمهم می باشد. (به بحث آموزش مراجعه شود) نکته عملی در استفاده از استروئیدهای استنشاقی این است که پس ازاستفاده از آنها با محفظه مخصوص ، باید برای پیشگیری از عفونت قارچی دهان ، شستشوی دهان و غرغره با آب صورت گیرد.

باید توجه داشت که پزشک برای هر بیمار در هر ویزیت، با توجه به شدت بیماری، برنامه درمان داروئی اختصاصی تنظیم نموده و به شکل مکتوب به وی ارائه می نماید. این برنامه شامل میزان و نوع داروهای مصرفی و اقدامات درمانی مورد نیاز به هنگام حمله بیماری است.

تعیین برنامه درمانی برای مواقع حمله آسم

در صورت مراجعه بیمار با علائم حمله آسم بایداقدامات زیر توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت صورت گیرد:

1) وصل اکسیژن مرطوب با ماسک و با فشار 4-3 لیتر در دقیقه

2) تجویز 2 تا 4 پاف سالبوتامول استنشاقی هر 20 دقیقه به کمک محفظه مخصوص وارجاع فوری به سطوح بالاتر

نکته مهم: درصورت ارجاع فوری همچنان هر 20 دقیقه 2 تا 4 پاف سالبوتامول در بین راه داده شود.

3) در موارد حمله شدید آسم و عدم پاسخ به تجویز سالبوتامول استنشاقی ، تجویز کورتون خوراکی بر اساس دستورالعمل کتبی بیمار (در صورت عدم مصرف قبلی توسط بیمار) وارجاع فوری به سطوح بالاتر

4) درصورت عدم امکان ارجاع فوری، تجویز **2** تا **4** پاف سالبوتامول استنشاقی هر**20** دقیقه و ارجاع فوری در اولین فرصت. دراین حالت اگر با دادن سالبوتامول هر **20** دقیقه وضع بیمار بهتر شود می توان فواصل را یک ساعته کرد.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم بر حسب سطح کنترل بیماری متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشک، یک ماه بعد در ویزیت مجدد ، پزشک سطح کنترل بیماری را تعیین می کند. چنانچه سطح کنترل بیماری کامل باشد بیمار ماهانه توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یک بار توسط پزشک مراقبت می گردد. در موارد کنترل نسبی، بیمار هر دو هفته یکبار توسط بهورز/ مراقب سلامت پیگیری و مراقبت می شود تا زمانی که به سطح کنترل کامل برسد و پس از آن پیگیری و مراقبت بیمار ماهانه توسط بهورز/ مراقب سلامت و هر دو ماه یکبار توسط پزشک ادامه می یابد.

بهورز/ مراقب سلامت در مراقبت های دوره ای میزان و نحوه مصرف صحیح داروها را بررسی کرده و وضعیت کنترل بیماری را براساس شواهد بالینی و نتایج پیک فلومتری (مطابق جدول شماره**1**) تعیین می کند و در صورت کاهش سطح کنترل بیماری (کنترل کامل به کنترل نسبی یا کنترل نشده) ضمن بررسی علل نظیر قطع خودسرانه، مصرف نامنظم و یا تکنیک نادرست مصرف دارو، بیمار را به صورت غیر فوری به پزشک ارجاع می دهد. همچنین با توجه به تاثیر مشکلات روانی، اقتصادی و اجتماعی شدید بیمار یا خانواده وی برسطح کنترل بیماری و افزایش احتمال بروز حملات، لازم است در هر نوبت مراقبت علاوه بر آموزش بیماران و خانواده آنها به این موارد نیز توجه شده و در صورت نیاز به پزشک اطلاع داده شود. در صورتی که بیمار در تاریخ مقرر جهت مراقبت مراجعه نکند حداکثر **3** روز پس از این تاریخ لازم است بهورز/ مراقب سلامت علت عدم مراجعه را پیگیری نماید.

نکات مورد توجه در خصوص دانش آموزان مبتلا به آسم:

1- در آغاز سال تحصیلی دانش آموزان آسمی شناسایی و مورد مشاوره قرار گیرند و از شدت بیماری آن ها و داروهای مصرفی اطلاع حاصل شود.

2- اولیاء این دانش آموزان مورد مشاوره قرار گیرند و عوامل تحریک کننده محیطی بیماری (بویژه در حد فاصل خانه تا مدرسه)را به آنان یادآوری و از آن ها برای انتقال سالم و ایمن دانش آموز به مدرسه کمک خواسته شود از جمله این که:

الف) در روزهایی که وضعیت آلودگی هوا در مرز خطر اعلام شود حدالامکان از بیرون رفتن فرزند خود جلوگیری نماید و مدرسه را در جریان قرار دهد.

ب) از طی مسافت بین خانه و مدرسه با دوچرخه و موتورسیکلت (بویژه در روزهای آلودگی هوا) خودداری شود.

ج) اگر دانش آموز از سرویس خصوصی برای مدرسه استفاده می کند راننده سرویس نباید از سیگار و یا عطر و ادکلن و مواد دیگر معطر و تحریک کننده استفاده نماید.

د) هنگام ابتلا به سرماخوردگی سریعاً نسبت به درمان وی اقدام شود و سهل انگاری نگردد.

هـ) دانش آموز داروهای ضروری (بویژه برای زمان حمله آسم) را همیشه همراه خود داشته باشد.

و) در صورت تغییر در بیماری (از جمله زمان شدت یافتن بیماری) مدرسه (مدیر و مراقبت سلامت) را در جریان قرار دهد.

3- لازم است معلم (یا دبیران) دانش آموز آسمی در جریان بیماری دانش آموز قرار گیرند و با حداقل آموزش های لازم برای کمک به ایشان در هنگام حمله آسم آشنا باشند.

4- تأکید شود که آموزگاران و دبیران محترم از اجبار دانش آموز آسمی جهت آمدن به پای تخته سیاه (یا سفید) به علت احتمال تأثیر تحریکی گرده های گچ و یا بوی تند شیمیایی متصاعد از وایت برد به کار

رفته، خودداری نمایند و تکالیف را از این قبیل دانش آموزان به شیوه های دیگری مطالبه نمایند و صندلی این دانش آموزان با فاصله مناسب از تخته کلاس قرار داشته باشد.

5- تأکید شود که همکاران محترمی که در تعامل نزدیک (از جمله در کلاس درس) با دانش آموز آسمی هستند از استفاده از عطر، ادکلن و سایر معطرهای تند و تحریک کننده خودداری کنند.

6- از ایجاد استرس و اضطراب روحی برای دانش آموزان آسمی، بویژه در زمان برگزاری آزمون ها، جداً خودداری شود و در هنگام آزمون، با مشاوره های پیوسته و بازدیدهای آرام بخش با دانش آموز آسمی در طول آزمون از بروز استرس و اضطراب که احتمال حمله آسمی را افزایش می هد، جلوگیری شود.

7- چنانچه در کنار کلاس درس درخت و فضای سبزی وجود دارد که در فصل گرده افشانی، گرده به داخل کلاس وارد می شوند، حتی الامکان پنجره های کلاس را مسدود نگه داشته و میز و نیمکت دانش آموز آسمی با فاصله مناسب از پنجره قرار گیرد.

8- در هنگام برگزاری اردو از دانش آموزان آسمی در مواجه با فضای سبز، گرده گیاهان، استفاده از خوراکی های تند محرک، هوای آلوده، یا استفاده از بالش، پتو و ملحفه های محرک مراقبت جدی شود.

9- در بوفه مدارسی که دانش آموز آسمی دارند، مواد خوراکی با بوی تند یا مزه تند (اصطلاحاً فلفلی) عرضه نشود.

10- لازم است معلم (دبیر) ورزش از شرایط بیمای دانش آموزان آسمی اطلاعات کافی داشته باشد تا در فعالیت های ورزشی از آن ها مراقبت نمایند.

11- در هنگام ورزش به هیچ وجه دانش آموز آسمی نباید در شرایط فعالیت های سنگین یا استرس زای رقابت های ورزشی قرار گیرند.

12- در شرایط هوای با رطوبت بالا نباید دانش آموز آسمی در معرض فعالیت های ورزشی سنگین قرار گیرد.

13- در صورتی که دانش آموز آسمی در حین ورزش دچار حمل آسمی شود، بلافاصله فعالیت ورزشی وی قطع و به کمک داروهای همراه دانش آموز به وی کمک رسانی گردد. (مطابق موارد مذکور در درمانی بیماری که در صفحات قبل ذکر شد) و بلافاصله به اولین و نزدیک ترین بیمارستان منتقل و خانواده دانش آموز (در حین انتقال) در جریان قرار گیرند.

14- توصیه می شود در مدارسی که دارای دانش آموز آسمی هستند حداقل یک کپسول اکسیژن کوچک به همراه ماسک مربوطه و دستورالعمل استفاده از آن در محل اتاق بهداشت مدرسه موجود باشد.

آسم و ورزش

بیمار دچار آسم قادر به انجام همه نوع ورزش است. وقتی بیماری آسم تحت کنترل باشد، نه تنها نباید بیمار را از انجام ورزش منع کرد بلکه باید به ورزش نیز تشویق نمود.البته ورزش در هوای سرد و خشک مثل اسکی باید با رعایت شرایط خاصی و با احتیاط انجام شود و ورزش هایی چون شنا، پیاده روی و دوچرخه سواری ارجح هستند. باید توجه داشت که فعالیت بدنی و ورزش دربعضی افراد می تواند باعث شروع حمله آسم شود. این بیماران به خصوص در هوای سرد و خشک باید قبل از شروع ورزش، چند دقیقه بدن خود را با نرمش گرم کنند و در صورتی که هنگام ورزش دچار علایم گردند باید نیم ساعت قبل از ورزش داروی سالبوتامول را دریافت نمایند.

به کودکان مبتلا به آسم خاطر نشان کنید.

- داروهایشان را فراموش نکنند.
- محدودیت های خودشان را بدانند.
- بدانند که چه زمانی باید فعالیت را قطع کنند.
- همیشه قبل از ورزش خودشان را گرم کنند و یکباره به فعالیت های سنگین ورزشی نپردازند.

سوالات غربالگری در حوزه سلامت روان

مقدمه سؤالات غربال‌گری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف 5 تا 15 سال

- قبل از پرسش‌گری در این بخش به والدین توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های فرزندتان بپرسم.»
- برای پدر و مادر و یا مراقبین اصلی کودک و نوجوان توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در کودکان و نوجوانان است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی فرزندتان می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- به والدین یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان (کودکان و نوجوانان) انجام می‌شود.»
- به والدین و یا مراقبین اصلی توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز فرزندشان کمک می‌کند.»
- سپس به والدین بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که فرزندشان (کودک و یا نوجوان) در طول 30 روز گذشته (در طول ماه گذشته) تجربه کرده اند. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید هرگز، گاهی، اغلب.»

نام فرزند: تاریخ تولد: تاریخ تکمیل پرسشنامه:

نام والد / مراقب: نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرزند:

	هرگز	گاهی اوقات	اغلب
1- احساس غمگینی و غصه می‌کند.			
2- احساس ناامیدی می‌کند.			
3- از دست خودش عصبانی است.			
4- خیلی نگران است.			
5- به نظر می‌رسد که کمتر چیزی خوشحالش می کند.			
6- وول می‌خورد و نمی‌تواند آرام بنشیند.			
7- خیلی خیال‌بافی می‌کند.			
8- به‌آسانی حواسش پرت می‌شود.			
9- نمی‌تواند تمرکز کند.			
10- طوری رفتار می‌کند که انگار موتورش روشن شده است.			
11- با بقیه بچه‌ها دعوا می‌کند.			

غربالگری سلامت روان 5 تا 15 سال

پدر و مادر عزیز

سوالات زیر درباره مسائلی است که ممکن است فرزند شما را *در طول یک ماه گذشته* آزار داده باشد. لطفاً در مورد هر سوال، در ستونی که به بهترین شکل شدت این آزار را نشان می‌دهد، علامت × بزنید. لطفاً به تمام موارد پاسخ دهید. نتایج این پرسشنامه محرمانه است و تنها به شما اطلاع داده می‌شود.

از والدین پرسیده شود:

- آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟
  بله ☐ خیر ☐

نمره گذاری:

- نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های هرگز، گاهی اوقات واغلب به ترتیب اعداد صفر، 1 و 2 تعلق می‌گیرد.

12- از قوانین پیروی نمی‌کند.			
13- احساسات دیگران را نمی‌فهمد.			
14- دیگران را دست می‌اندازد.			
15- به‌خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می‌کند.			
16- نمی‌گذارد دیگران از وسایلش استفاده کنند.			
17- چیزهایی را بر می‌دارد که مال او نیست.			

هرگز	گاهی	اغلب
صفر	1	2

- سوال ها در چند گـروه تقسـیم شده اند و هر گروه جداگانه نمره گذاری و محاسبه می شود.
- موارد ارجاع بر اساس امتیاز هر گروه نر نمره ها است
- جمع نمره سوالات 1 تا 5 (اگر نمره 5 یا بالاتر از 5 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)
- جمع نمره سوالات 6 تا 10 (اگر نمره 7 یا بالاتر از 7 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)
- جمع نمره سوالات 11 تا 17 (اگر نمره 7 یا بالاتر از 7 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

جمع نمره کل سوالات 1 تا 17 (اگر نمره 15 یا بالاتر از 15 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف 15 تا 18 سال

- قبل از پرسش‌گری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.»
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول 30 روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.»

نمره گذاری:

- نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتراوقات، گاهی اوقات، اصلاً و به ندرت به ترتیب اعداد 4، 3، 2، 1 و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حدافل صفر تا حداکثر 24 باشد.

همیشه	بیشتراوقات	گاهی اوقات	به ندرت	اصلاً
4	3	2	1	صفر

- افرادی که نمره 10 یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
- در صورت پاسخ بیشتر از 3 مورد به گزینه (نمی داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

پرسشگر گرامی: از آزمودنی سؤالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده‌اند، تأکید کنید.

پاسخگوی گرامی، سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت هایی است که در طول 30 روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.

غربالگری سلامت روان

1- چقدر در 30 روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

1) همیشه ☐ 2) بیشتر اوقات ☐ 3) گاهی اوقات ☐ 4) به ندرت ☐ 5) اصلاً ☐ 9) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

2- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟

1) همیشه ☐ 2) بیشتر اوقات ☐ 3) گاهی اوقات ☐ 4) به ندرت ☐ 5) اصلاً ☐ 9) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

3- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می‌کردید؟

1) همیشه ☐ 2) بیشتر اوقات ☐ 3) گاهی اوقات ☐ 4) به ندرت ☐ 5) اصلاً ☐ 9) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

4- چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟

1) همیشه □ 2) بیشتر اوقات □ 3) گاهی اوقات □ 4) به ندرت □ 5) اصلاً □ 9) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد □

5- چقدر در 30 روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

1) همیشه □ 2) بیشتر اوقات □ 3) گاهی اوقات □ 4) به ندرت □ 5) اصلاً □ 9) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد □

6- چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می‌کردید؟

1) همیشه □ 2) بیشتر اوقات □ 3) گاهی اوقات □ 4) به ندرت □ 5) اصلاً □ 9) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد □

غربالگری صرع

آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد. بلی□ خیر□

در صورت پاسخ بلی فرد به پزشک ارجاع داده می‌شود.

غربالگری معلولیت ذهنی

1- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی□ خیر□

2- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی□ خیر□

3- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی□ خیر□

4- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. بلی□ خیر□

5- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است. بلی□ خیر □

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود.

غربالگری خودکشی

1- آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟

2- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟ چنانچه پاسخ به پرسش دوم مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف **دخانیات، مواد و الکل** فرصت منحصر به فردی فراهم می‌آورد تا درک بهتری از مشکلات سلامتی فرد به دست آورده و بهتر به او خدمات ارایه دهیم، به فرد بازخورد ارایه دهیم به این معنا که رفتارهای مثبت را تشویق کنیم، برای رفتارهای پرخطر به فرد آموزش و توصیه مختصر داده و برای دریافت غربال‌گری تکمیلی و سایر مراقبت‌ها ارجاع دهیم.

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف **دخانیات، مواد و الکل** باید با رعایت حریم خصوصی و از طریق مصاحبه با خود فرد، برای تمام اعضای 15 سال یا بالا تر در زمان تکمیل پرونده سلامت انجام پذیرد.

پرسشنامه غربالگری اولیه غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد از چهار بخش به شرح زیر تشکیل شده است:

- بخش اول- سابقه مصرف انواع مواد در طول عمر و سه ماه گذشته
- بخش دوم- سؤالات بیشتر درباره دفعات و مقدار مصرف انواع دخانیات در ماه گذشته
- بخش سوم- سؤال مواجهه با دود دستِ دوم دخانیات در ماه گذشته(فقط افراد غیر سیگاری)
- بخش چهارم- سوالات ارزیابی مواجهه فرزندان با دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر 18 سال)

❖ غربال‌گری اولیه در دوران بارداری، در هر سه ماهه بارداری یک بار انجام می‌شود.

❖ علاوه بر اینها، غربال‌گری اولیه باید برای تمام افراد واجد علایم و نشانه‌های مرتبط با مصرف **دخانیات، مواد و الکل** توسط کارکنان تیم سلامت همچون کارشناس مراقب سلامت به صورت فرصت طلبانه انجام پذیرد.

به منظور کاهش حسّاسیت نسبت به سؤالات در پرسش یک ابتدا درباره سابقه ی مصرف فرد در طول عمر پرسیده می‌شود.
منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل مصرف نابجا، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، می‌باشد. در صورتی که مُراجع هر یک از این داروها را به دستور پزشک و با دوز و طول مدت تجویزی مصرف می‌کند، نتیجه غربال‌گری اولیه منفی خواهد بود. صرف نظر از پاسخ مراجع به این پرسش‌ها، بعد از پرسیدن سؤال یک، پرسش دو درباره ی مصرف کلیه مواردی که فرد در طول عمر مصرف نموده در سه ماه اخیر ادامه می‌یابد.
در صورت تأیید مصرف دخانیات در سه ماهه گذشته، سؤالات تکمیلی درباره نوع و مقدار ماده دخانی مصرفی در ماه گذشته پرسیده می‌شود. در خاتمه، صرف نظر از نوع پاسخ مراجع به سؤالات مصرف دخانیات، از فرد درباره مواجهه با دود دستِ دوم دخانیات در ماه گذشته سؤال می‌شود.

پرسشنامه غربالگری اولیه

بخش اول- مصرف **دخانیات، مواد و الکل** در طول عمر و سه ماه گذشته

مقدمه غربالگری اولیه

رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی مُراجع توضیح دهید:

"در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف **دخانیات، مواد و الکل** در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مُراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. "اکنون صفحه نمایش سوالات را به مراجع نشان بدهید و با به کارگیری مهارت ارتباط همدلانه توضیح دهید:

"برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. امّا، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارایه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید."

پرسش 1-1- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (در مورد داروها فقط موارد مصرف غیر پزشکی و یا بدون تجویز پزشک)	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ-گویی	درصورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش 1 ، پرسش 2 سوال شود پرسش2: در سه ماه اخیر چطور	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ-گویی
1- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
2- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)							
3- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباربیتال، غیره)							
4- الکل (آبجو، شراب، عَرَق، الکل طبی، غیره)							
پرسش 1-2- مواد دیگر چطور؟	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ-گویی				
5- مواد اَفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)							
6- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)							
7- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)							
8- سایر؛ مشخص کنید: ...							

بعد از تکمیل پرسش‌های بالا در صورت پاسخ مثبت به مصرف دخانیات در سه ماه اخیر، سؤالات جدول زیر پرسیده می‌شود.

بخش دوم- دفعات و مقدار مصرف دخانیات در ماه گذشته

نوع فرآورده دخانی	پرسش 3- سن اولین بار مصرف؟	پرسش 4- در ماه گذشته، هر یک از انواع مواد دخانی را چند وقت یک بار مصرف کرده‌اید؟				پرسش 5- مقدار مصرف شما در یک روز معمول مصرف چقدر است؟	
		هرگز	1 تا 3 بار	هفتگی	تقریباً روزانه یا روزانه	نخ	بار
سیگار							
قلیان							
پیپ/چپق							
ناس/تنباکوی جویدنی							

- **مصرف «هفتگی» به صورت مصرف 1 تا 4 روز در هفته تعریف می‌شود در صورتی که فرد 5 روز یا بیشتر در هفته مصرف دخانیات داشته باشد، مصرف او «تقریباً روزانه یا روزانه» خواهد بود.**

در صورت پاسخ مثبت به سوالات مصرف در طول عمر و سه ماه اخیر هر ماده (دخانیات، مواد و الکل)، سابقه درمان مراجع با سوال 6 پرسیده می شود.

پرسش6- آیا فرد در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان است؟ (15 تا 18 سال)

سپس، صرف نظر از نوع پاسخ مراجعان به سؤال‌های 1 تا 5، پرسش 7 و 12 از تمام مراجعان گروه سنی 15 تا 18 سال پرسیده می‌شود.

بخش سوم- ارزیابی مواجهه فرد با دود دستِ دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته

پرسش 7- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بله ☐ خیر ☐

بخش چهارم- مواجهه فرزندان با دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر 18 سال)

در والدین دارای فرزندان زیر 18 سال، 4 پرسش زیر(8 تا 11) از نظر مواجهه فرزندان با دخانیات سوال می‌شود:

پرسش 8- آیا در خانواده شما، فرد مصرف کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) وجود دارد؟

بله ☐ خیر ☐

مواجهه فرزندان با دود دستِ دوم یا سوم دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر 18 سال)

پرسش 9- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟

بله ☐ خیر ☐

پرسش 10- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بله ☐ خیر ☐

استفاده از کودک برای خرید مواد دخانی(والدین دارای فرزندان زیر 18 سال)

پرسش 11- آیا در سال گذشته، کودک شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟

بله ☐ خیر ☐

بخش پنجم- مواجهه با فرد درگیر مصرف الکل و مواد در خانواده (والدین دارای فرزندان زیر 18 سال)

پرسش 12- آیا در خانواده، فردی دارای اعتیاد به الکل یا مواد و یا مصرف کننده تفننی آن وجود دارد؟

بله ☐ خیر ☐

توضیحات بیشتر جهت ارایه بازخورد به مراجعان

در بخش زیر جهت اطلاع بیشتر تعریف تنباکو و انواع آن ارایه می گردد:

به هر ماده یا فرآورده‌ای که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا مشتقات آن باشد، اطلاق می‌شود. (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات، به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

این مواد بر اساس نوع مصرف به دو گروه اصلی تدخینی و غیر تدخینی تقسیم می‌شوند:

مواد دخانی (تدخینی)۲:

الف) سیگارت۳: : که در ایران به نام سیگار شناخته شده است به تنباکوی پیچیده شده در کاغذ گفته می‌شود که توسط ماشین تولید می‌گردد. سیگار، استوانه کاغذی کوچکی معمولاً به طول کمتر از 12 سانتی‌متر و قطر نزدیک به 10 میلی‌متر است که از برگ‌های بریده شده یا عمل آمده تنباکو پر می‌شود.

ب) سیگار برگ: سیگارهای برگ از سیگارهای معمولی بزرگتر بوده و نوع و میزان تنباکویی که در آنها بکار رفته نیز متفاوت می‌باشد. سیگارهای برگ، با توجه به ابعادشان می‌توانند بین 5 تا 17 گرم تنباکو را در خود داشته باشند و فیلتر ندارند.

---

[2] fumigation
[3] Smoking tobacco

ج) پیپ: وسیله ای که در آن از برگ های خشک شده گیاه تنباکو، به عنوان توتون برای مصرف استفاده می‌گردد .

د) قلیان: قلیان وسیله‌ای است برای کشیدن تنباکو، که دود حاصل از آن ناشی از سوختن ذغال گداخته و تنباکو است.

ه) چپق: وسیله ای است دارای حقه و یک لوله متصل به آن که در حقه توتون ریخته و آتش را بر روی آن گذاشته و می‌کشند.

و) سیگار دست پیچ: سیگاری است که توسط مصرف کننده با پیچیدن تنباکو در کاغذ نازکی تهیه و مصرف می‌شود.

2) تنباکو غیر تدخینی[4]:

الف) تنباکوی جویدنی: در شرق ایران و بیشتر با نام «ناس» شیوع مصرف دارد.

ب) تنباکوی انفیه ای: گردی است که بیشتر از تنباکو به دست می‌آید، عطسه‌آور و نشئه کننده می‌باشد و از طریق بینی استفاده می شود.

ج) تنباکوی مکیدنی: از طریق دهان مصرف می شود.

عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی (استنشاق دود دست دوم و تماس با دود دست سوم)

استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدید بسیاری از بیماری های خطرناک از جمله سرطان ها بیماری های قلبی، عروقی، سکته مغزی، دیابت، کاتاراکت، ضایعات شنوایی و پوسیدگی دندانها و... است. فاصله زمانی نسبتاً طولانی (20 – 15 سال) بین شروع مصرف سیگار و ابتلا به بیماریهای مذکور موجب کاهش حساسیت افراد نسبت به خطرات این ماده مهلک شده است. در حال حاضر 6 میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات از دست می دهند که 600 هزار نفر آن به دلیل مواجهه با دود دست دوم یا دود محیطی آن می باشد. تقریباً هر 6 ثانیه 1 نفر به علت استعمال دخانیات می¬میرد که مسؤل یک مرگ از هر 10 مرگ در جهان است. نهایتاً نیمی از مصرف کنندگان فعلی مواد دخانی به علت ابتلا به یک بیماری مرتبط با استعمال دخانیات خواهند مرد. اگر الگوی موجود استعمال دخانیات با روند جاری ادامه یابد حدود یک میلیارد نفر در قرن بیست و یکم جان خود را از دست خواهند داد که 80٪ این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می اُفتد. خطرات مواجهه تحمیلی با دود سیگار نیز کمتر از استعمال دخانیات نیست. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت دود محیطی سیگار از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد، چرا

[4] Smokless tobbacco

که نه دستگاه های تهویه و نه تمهید جداسازی مکان های استعمال دخانیات هیچکدام به طور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی آورند. بنابراین تنها راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات است. از سوی دیگر طبق تحقیقات اخیر نشان داده شده که حدود 90 درصد نیکوتین تنباکوی دود شده به دیوار، سطوح، وسایل نرم درون خانه مانند فرش و بالش و مبلمان و نیز لباس و مو و پوست افراد می چسبد. ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات که روی قسمت های مختلف منزل، خودرو، پوست، موی و لباس افراد می نشیند، تحت عنوان دود دست سوم شناخته شده است. با توجه به اینکه کودکان زمان بیشتری را در منزل سپری می کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان مبتلا شدن به بیماری و مسمومیت های ناشی از مواجهه با دود دخانیات در آنها بیشتر است. حتی سطوح کم ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آنها مشکلات شناختی ایجاد نماید.

توصیه های مختصر در مورد ترک دخانیات و اجتناب از مواجهه با دود مواد دخانی

با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم) ضرورت دارد برای حفاظت از سلامت افراد، توصیه به اجتناب نمودن از مواجهه با دود مواد دخانی بشود. افرادی که در تکمیل اطلاعات اولیه اعلام به قرار گرفتن در معرض مواجهه دود حاصل از مصرف مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی نموده اند، باید اطلاعات لازم در مورد خطرات مواجهه دریافت نموده و توصیه به دوری از محیط های حاوی دود دخانی بشود به نحوی که فرد غیرمصرف کننده مواد دخانی اقدامات لازم را برای محافظت خود و خانواده خود از مواجهه با دود مواد دخانی انجام دهد.

بسیاری از مصرف کنندگان دخانیات که تا حدودی از خطرات استعمال دخانیات آگاهند مایل به ترک آن هستند و ممکن است تلاش های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارودرمانی می تواند میزان موفقیت ترک را در افراد وابسته به دخانیات تا دو برابر افزایش دهد. برای موفقیت در ترک دخانیات باید ابتدا به آن فکر کرد؛ تصمیم گرفت؛ مهارت ها را افزایش داد؛ ضررهای سیگار و فواید ترک سیگار را دانست؛ یک روز را برای ترک سیگار انتخاب کرد؛ نحوه سیگار کشیدن را تغییر داد؛ و از توصیه های بهداشتی، روان درمانی و جایگزین نیکوتینی استفاده کرد. توصیه های رفتاری شامل تنفس عمیق، تأخیر، نوشیدن آب و انحراف فکر و یادآوری، حرف زدن با دیگری، پاداش دادن و امتناع از پذیرش تعارف سیگار می باشد. لازم است کارشناس مراقب سلامت/بهورز کلیه کسانی را که در سه ماه گذشته مصرف دخانیات داشته اند، برای غربال گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد تا بر حسب سطح درگیری با مصرف مداخله متناسب شامل مداخله مختصر و درمان شناختی، رفتاری مختصر و ارجاع به پزشک جهت درمان دارویی انجام پذیرد.

آموزش زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی

عوارض مواجهه با دود دست دوم و سوم: مصرف تنباکو و انواع آن تقریباً به تمام دستگاه‌های بدن آسیب رسانده و یکی از اصلی‌ترین عوامل مرگ قابل پیشگیری در جهان است. سالیانه 7 میلیون نفر در اثر مصرف مواد دخانی جان خود را از دست می دهند. حدود 900 هزار مورد از این مرگ ها فقط به دلیل مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی رخ می‌دهد.

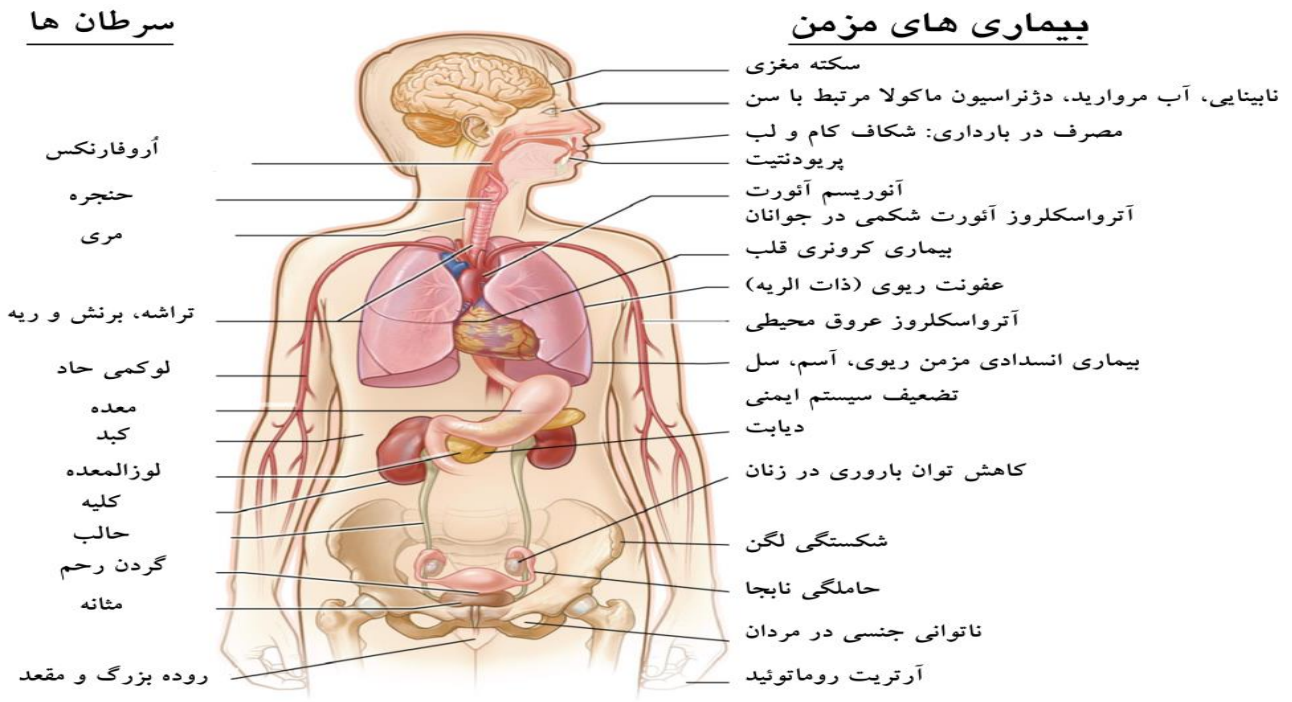
- **دود دستِ دوم: دود حاصل از استعمال مواد دخانی توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود.**
- **دود دستِ سوم: ذرات سمّی ناشی از مصرف مواد دخانی است که بر روی قسمت های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشیند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.**

- **مقادیر کم مواجهه با دود دخانیات هم بی خطر نیست و ابزارهایی مانند تهویه و سایر فن¬آوری‌های فیلتراسیون هوا نمی‌تواند مخاطرات بهداشتی ناشی از مواجهه با دود محیطی دخانیات را حذف کند و حتی رویکرد اختصاص مکان‌های مخصوص استعمال دخانیات در اماکن عمومی کارایی لازم را ندارد و تنها راه مؤثر محافظت از افراد در معرض مواجهه، ایجاد محیط‌های صد درصد عاری از دود دخانیات است.**

- **با توجه به این که کودکان وزن کمتری داشته، زمان بیشتری را در منزل سپری می کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان ابتلا شدن به بیماری و مسمومیت¬های ناشی از مواجهه با دود دست دوم و سوم مواد دخانی برای آنها بیشتر است. حتی سطوح کم ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آنها مشکلات شناختی ایجاد نماید.**

- **مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی خطر سرطان ریه و بیماری کرونر قلبی را در بزرگسالانی که دخانیات مصرف نمی کنند افزایش می¬دهد. در کودکان دود دست دوم دخانیات خطر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت های مزمن گوش میانی و بیماری های تنفسی نظیر آسم و عفونت ریه را افزایش می دهد. با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی (دود دست دوم) و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم)، ضرورت دارد افراد برای حفاظت از سلامت خود، از مواجهه با دود مواد دخانی اجتناب** نمایند.

شکل 1- عوارض سلامتی مرتبط با مصرف تدخینی دخانیات



شیوه ایجاد محیط عاری از مصرف دخانیات

1. می توانید برای حفظ سلامتی خود در برابر آسیب های ناشی از دود سیگار و قلیان به مصرف کنندگان مواد دخانی با جملات زیر آگاهی دهید:

" آیا می دانید سالیانه 7 میلیون نفر در اثر مصرف مواد دخانی جان خود را از دست می دهند که حدود 900 هزار مورد از این مرگ ها، فقط به دلیل مواجهه با دود مواد دخانی رخ می‌دهد."

2. به عنوان یکی از راهکارهای پیشگیرانه موثر توصیه می شود قانون منع مصرف سیگار و سایر مواد را در خانواده خود وضع و در مورد آن با فرزندان خود توافق نمایید. برای پایبندی اعضای خانواده به این قانون پیامدهای منفی بی توجهی به آن را نیز مشخص نمایید. بر اساس مطالعات خانواده هایی که این قانون را بطور روشن و صریح در خانواده اعلام می نمایند مصرف دخانیات و مواد در آن ها کمتر است. بر ای اطلاع بیشتر می توانید از برنامه ی آموزشی مهارت های فرزند پروری در مرکز استفاده نمایید.

3. پس از وضع قانون "ممنوعیت مصرف سیگار و سایر مواد دخانی مانند قلیان در محیط زندگی خانوادگی، کار، رستوران، فضای آموزشی و حتی وسیله نقلیه" آن را به عنوان یک حق انسانی و قانونی برای حفظ سلامتی، به همه ی اعضای خانواده، خویشان، دوستان و اطرافیانتان "اطلاع رسانی و مطالبه کنید. قوانین و مقررات محیط‌های عاری از دخانیات، از سلامتی کارکنان و افراد غیرسیگاری حمایت می کند و مصرف‌کنندگان مواد دخانی را به ترک دخانیات تشویق می‌نماید.

4. در محیط های کوچکی مانند وسایل نقلیه یا یک فروشگاه، ضمن رعایت اصل احترام و ادب، با جرات مندی و شهامت کامل از افراد سیگاری بخواهید، برای حفظ سلامتی خود و اطرافیان بویژه کودکان در محیط بسته اقدام به مصرف نکنند و در صورت عدم توجه، لازم است با یک تصمیم هوشیارانه، از آن محیط دوری کنید و یا از وسیله نقلیه پیاده شوید.

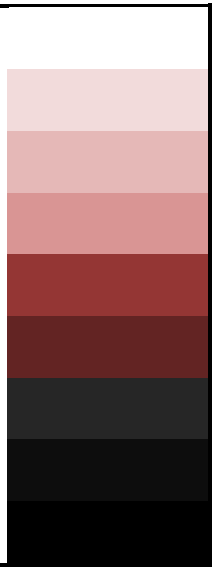
منع منصرف مواد توسط والدین در حضور فرزندان و یا استفاده از فرزندان برای تهیه آن ها

فرزندان از والدین رفتارهای خوب و بد را یاد می گیرند، مصرف دخانیات، الکل و مواد در برابر فرزندان باعث می شود آن ها فکر کنند این رفتار درست است و در آینده احتمال تکرار این رفتار در فرزندان زیاد است. به این دلیل تاکید داریم از مصرف این نوع مواد در برابر کودک پرهیز شود و به هیچ وجه برای تهیه و یا خرید آن ها از کودک استفاده نشود. لازم است بدانید این کار از نظر قانونی نیز جرم است

کارت های بازخورد عوارض اختصاصی مصرف هر ماده

در جداول زیر مضرات مصرف انواع مواد آورده شده است که در صورت مثبت بودن نتیجه ارزیابی اولیه درگیری با مصرف دخانیات الکل و مواد مراجعین به تناسب نوع ماده بازخورد ها ارایه می گردد.

]دول 1- خطرات همراه با مصرف دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

پیری زودرس، چین و چروک صورت	
سلامت پایین‌تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی	
عفونت تنفسی و آسم	
فشار خون بالا، دیابت	
سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار	
بیماری کلیوی	
بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم	
بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی	
سرطان‌ها	

جدول 2- خطرات مصرف حشیش به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

مشکلات توجه و انگیزش
اضطراب، بدبینی، حمله هول (پانیک)، افسردگی
کاهش توانایی حافظه و حل مسأله
فشار خون بالا
آسم، برونشیت
پسیکوز خصوصاً در افراد با تاریخچه فردی و خانوادگی اسکیزوفرنی
بیماری قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی
سرطان‌های راه هوایی فوقانی و گلو

جدول 3- خطرات مصرف الکل به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

سردرد و کسالت صبح روز بعد، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات، جراحات
کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس
مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا
اضطراب و افسردگی، دشواری‌های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی
دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسائل
ناهنجاری مادرزادی و آسیب مغزی در کودکان متولدشده از زنان باردار
سکته، آسیب دایمی مغز، آسیب عصب و عضله
سیروز کبدی و التهاب لوزالمعده

مسمومیت با متانول (نابینایی، مرگ)، سرطان، خودکشی

جدول 4- خطرات همراه با مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

خارش، تهوع و استفراغ
خواب‌آلودگی، یبوست، خرابی دندان، دوره‌های قاعدگی نامنظم
دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها
افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی
مشکلات مالی و درگیری با قانون
مشکل در حفظ شغل، ارتباطات و زندگی خانودگی
تحمل، محرومیت، وابستگی، اختلال مصرف
سرطان‌های حنجره، ریه، مری و معده
بیش‌مصرفی و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی

جدول 5- خطرات مصرف مواد محرک به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، دهیدراتاسیون، کاهش مقاومت به عفونت
دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها
نوسانات خلقی، اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، شیدایی (مانیا)، هول (پانیک)، بدبینی (پارنویا)
تیک، رفتارهای تکراری و اجباری
مسمومیت، قفل شدگی فک، اسپاسم عضلانی، آریتمی قلبی
عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر گنوره‌آ (سوزاک)، سیفلیس و اچ‌آی‌وی

پسیکوز (جنون) بعد از مصرف مستمر و/یا دوزهای بالا، پرخاش‌گری و خشونت سکته قلبی، سکته مغزی، مرگ	

جدول 6- خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش‌ها و خواب‌آور به‌ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر

خواب‌آلودگی، گیجی و تیرگی شعور	
دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها	
تهوع، سردرد، عدم تعادل در راه رفتن	
دشواری در خواب	
اضطراب و افسردگی	
تحمل و وابستگی در مصرف خودسرانه	
علایم محرومیت شدید شامل تشنج و پسیکوز (جنون)	
بیش‌مصرف و مرگ در صورت مصرف با الکل، ترکیبات افیونی و سایر مواد سرکوب‌کننده	

دستورالعمل پیگیری موارد مرتبط با مراقبت های اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل

برای موارد مثبت غربالگری اولیه برای مراجعه به کارشناس سلامت روان ، 3 بار پیگیری با فواصل 1 هفته بعد، 2 هفته بعد، 1 ماه بعد از اولین مراجعه انجام شود.

تماس و فراخوان فرد برای دریافت مراقبت تکمیلی ☐

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

توجه: تا حد امکان شمرده شمرده و با انرژی مثبت متن مکالمه بیان گردد.

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. بعد از ارزیابی اولیه شما درباره مصرف (اشاره به نوع ماده مصرفی) .... حالا شما می تونید با مراجعه به این مرکز از خدمات تخصصی ما استفاده کنید و در صورتی که مایل باشید، روان شناس مرکز می تونه کمک کنه تا با استفاده از خدمات رایگان وضعیت سلامتی تون رو بهبود بدید.

خدمات ما در روزهای ..... تا ..... ساعات..... تا ..... صبح / بعد ظهر ارایه می شه.

بنظرتون شما کی می تونید، مراجعه کنید؟

- ثبت تاریخ تماس (به ساعت روز ماه سال) -------

- ثبت نتیجه پیگیری:

- ✓ تمایل بیمار به مراجعه ☐
- ✓ عدم تمایل به مراجعه و دریافت ادامه مراقبت ☐

برای مورد از قبل شناسایی شده و تحت درمان اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل

1- جهت آگاهی از روند دریافت خدمات درمانی، 4 بار پیگیری در فواصل هر 3 ماه تا یک سال پس از اولین مراجعه از بیمار انجام شود.

پیگیری اول / دوم/ سوم/ چهارم

تماس و پرسش از فرد در مورد روند دریافت خدمات درمانی☐ ثبت تاریخ تماس (به ساعت روز ماه سال) -----

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی ... هستم. طبق نتیجه ارزیابی اولیه، شما در حال دریافت خدمات درمـان برای مصرف (ماده مصرفی).....هستید.

حالا می خواستم بپرسم،

آیا شما در سه ماه گذشته، بطور منظم در حال دریافت خدمات درمانی بودید یا نه؟ بله ☐ خیر ☐

نتیجه پیگیری:

ارزیابی از دریافت مراقبت ها طبق برنامه درمانی با آیتم های زیر کامل گردد:

- بیمار طبق برنامه درمانی عمل کرده و به سمت بهبودی پیش می رود. بله ☐ خیر☐

اقدامات

در صورت پاسخ مثبت

- بازخورد مثبت تشویقی با ارایه پیام: این روند خیلی خوب است. پایبندی شما به برنامه درمانی تان می تواند روز به روز به بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و عملکرد مثبت شـما در خـانواده و روابـط اجتماعی تان کمک کند. ☐

- بازخورد حمایتی (ارایه پیام: در صورت نیاز به خدمات روانشناختی و درمانی دیگر، این مرکز آماده کمک به شماست و سه ماه دیگر با شما تماس خواهیم داشت) ☐

در صورت پاسخ منفی

-بازخورد در مورد عوارض مصرف و عواقب عدم پایبندی به برنامه درمانی☐

-فراخوان فرد به مرکز جهت انجام ارزیابی و مداخله روانشناختی ☐

-تعیین زمان دریافت مراقبت (به ساعت روز ماه سال) ----- ثبت مراقبت دریافت شده-------

-عدم تمایل بیمار به دریافت مراقبت و نیاز به پیگیری مجدد بر اساس فواصل زمانی تعریف شده ☐

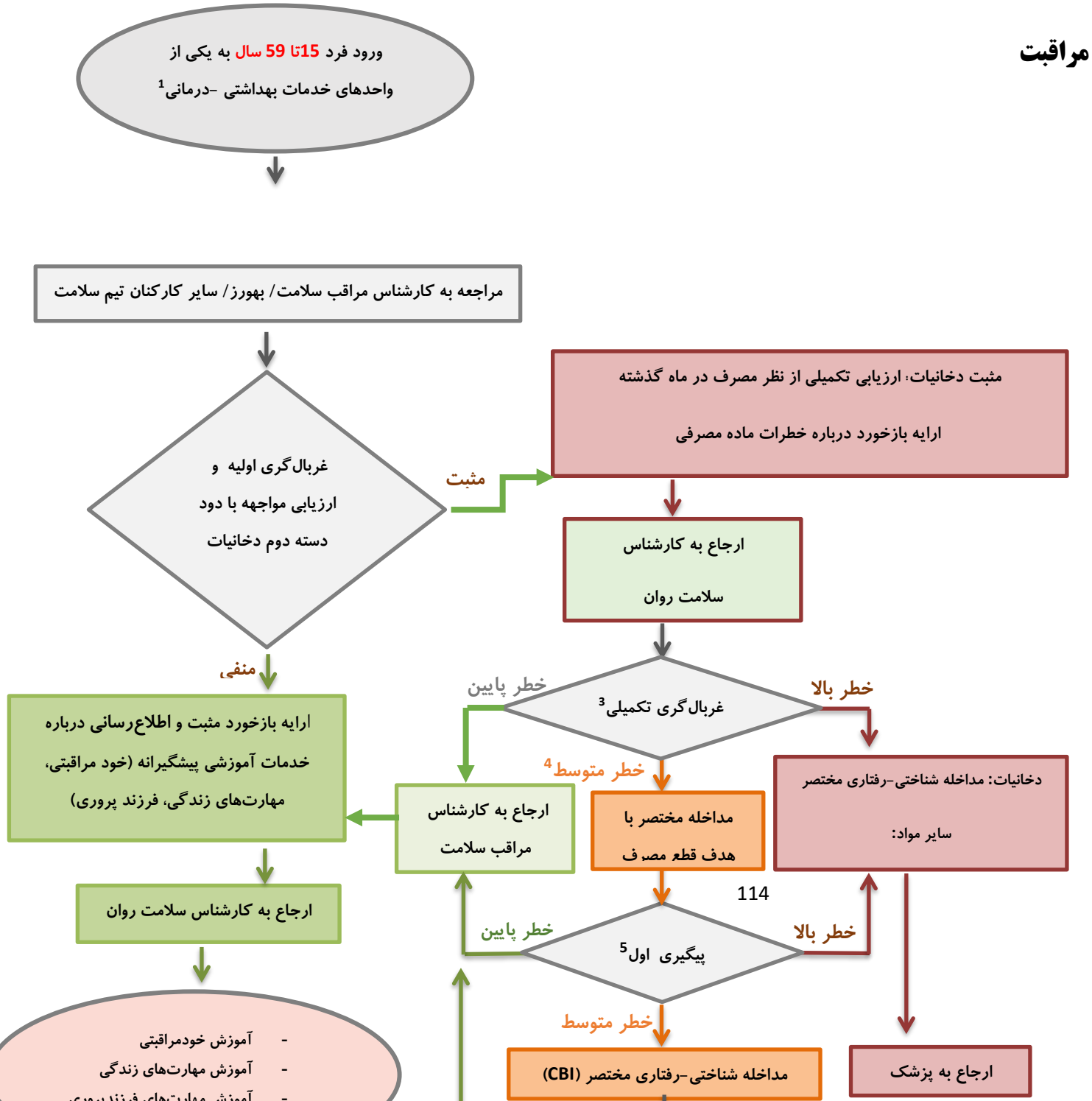
*بر اساس فواصل زمانی تعریف شده مشابه پیگیری اول، پیگیری دوم سوم و چهارم ثبت می شود.

2- برای موارد ارجاع شده توسط پزشک به مراکز تخصصی، پیگیری روند دریافت خدمات درمانی 4 بار در طول 1 سال، در فواصل 1 ماه، 3 ماه، 6 ماه و 12 ماه بعد از اولین مراجعه انجام شود. (پیگیری از خود بیمار انجام شود)

* **محتوای مسیر خدمت: مشابه مورد دوم**

فلوچارت ارایه خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت

اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل



راهنمای فلوچارت ارائه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل

در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات پیشگیری، غربال‌گری، شناسایی، تشخیص، مراقبت و پیگیری افراد درگیر اختلالات مصرف دخانیات (تنباکو)، الکل و مواد را سه گروه عمده ارایه‌کنندگان خدمت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز، کارشناس سلامت روان (روان‌شناس) و پزشک عمومی ارائه می‌دهند.

این افراد براساس فرآیند مندرج در **فلوچارت ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف** دخانیات، مواد و الکل و در چارچوب طرح تحول سلامت در مراکز جامع سلامت/ مراکز بهداشتی، درمانی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی، به شناسایی به موقع و مداخلات اولیه اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل می‌پردازند و خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز را در منطقه تحت پوشش به شرح ذیل فراهم می‌نمایند.

غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل **:** در شرایط معمول شروع فرآیندهای این فلوچارت با ورود مراجع از طریق فراخوان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهد بود. در بدو ورود مراجع، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز برای تمام افراد 15 تا 59 ساله «**غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف** دخانیات، مواد و الکل » یا به اختصار **غربال‌گری اولیه** را انجام می‌دهد. غربال‌گری اولیه شامل ارزیابی از نظر مصرف دخانیات، مواد و الکل در طول عمر و سه ماه گذشته می‌شود. در صورت مثبت بودن غربال‌گری اولیه برای مصرف دخانیات سؤالات تکمیلی مصرف دخانیات در ماه گذشته می‌شود. علاوه بر این صرف نظر از نتیجه غربال‌گری اولیه از کلیه مراجعانی ارزیابی تکمیلی درباره مواجهه با دود دستِ دوم مواد دخانی در ماه گذشته به عمل می‌آید.

برای مواردی که **نتیجه غربال‌گری اولیه منفی** می‌شود، کارشناس مراقب سلامت، ضمن ارایه بازخورد تشویقی به مراجع درباره تداوم رفتار پرهیز از مصرف، با بررسی شرایط مراجع جهت دریافت خدمات توانمندسازی از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و خودمراقبتی، این خدمات را اطلاع‌رسانی نموده و در صورت تمایل فرد، مراجع را برای دریافت خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت به کارشناس سلامت روان معرفی می نماید.

در مواردی که **نتیجه غربال‌گری اولیه مثبت** می‌شود، کارشناس مراقب سلامت پس از ارائه آموزش درباره خطرات مصرف مواد متناسب با ماده مصرفی که با استفاده از کارت بازخورد انجام می گردد، توصیه مختصر درباره پرهیز از مصرف ماده یا مواد مورد نظر ارایه نموده و او را جهت غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد.

غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل: غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل یا به اختصار **غربال‌گری تکمیلی**، شامل آزمون **غربال‌گری درگیری با مصرف** دخانیات، مواد و الکل (**ASSIST**) و **آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل – نسخه مصرف (AUDIT-C)** می‌شود. در این مرحله کارشناس سلامت روان براساس نتایج حاصل از اجرای اولین غربال‌گری تکمیلی، **سطح خطر** (پایین، متوسط و بالا) **و مراقبت** مورد نیاز را مطابق راهنمای کارشناس سلامت روان برای مراجع مشخص می‌نماید.

کارشناس سلامت روان کلیه موارد ارزیابی شده با **سطح خطر پایین** را به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌دهد تا ضمن اطلاع‌رسانی آموزش‌های گروهی، اسامی افراد متقاضی در فهرست مربوطه ثبت شود. در مواردی که مراجعی در **سطح خطر متوسط** مصرف مواد ارزیابی می‌شود، دو جلسه هفتگی مداخله مختصر با رویکرد انگیزشی توسط کارشناس سلامت روان به مدت 20-15 دقیقه ارائه می‌گردد. پس از گذشت **یک ماه** از کارشناس سلامت روان فرد را پیگیری و برای دریافت ادامه مراقبت دعوت نموده و نسبت به انجام **غربال‌گری تکمیلی مجدد** اقدام می‌نماید. مداخلات بعدی بیمار بر مبنی نتیجه غربال‌گری تکمیلی مجدد صورت می‌پذیرد. در مواردی که خطر ارزیابی‌شده مجدد برای مُراجع، در **سطح پایین** قرار گیرد، فرآیند خدمت ادامه می‌یابد و مراجعان برای دریافت آموزش‌های توانمندسازی ارجاع می‌گردند. در صورتی که مراجع همچنان در سطح **خطر متوسط** باشد،

مداخله شناختی- رفتاری مختصر توسط کارشناس سلامت روان ارایه می‌گردد. **مداخله شناختی- رفتاری مختصر** از 4 جلسه مداخله فردی هفتگی به مدت 45 دقیقه تشکیل شده است.

اما در صورتی که فرد در ارزیابی مجدد در سطح **خطر بالا** ارزیابی شود، به پزشک ارجاع می‌گردد. همچنین افرادی که به دلیل خطر متوسط مداخله شناختی- رفتاری مختصر دریافت کرده اند لازم است که یک ماه بعد از غربال‌گری تکمیلی مجدد، بار دیگر توسط کارشناس سلامت روان فراخوانده و غربال‌گری تکمیلی برای بار سوم انجام می شود. در مواردی که نتیجه غربالگری مجدد تکمیلی در این مرحله، خطر پایین را نشان دهد، فرد به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می گردد تا ضمن اطلاع‌رسانی و تشویق به شرکت در برنامه آموزش‌های گروهی، در صورت تمایل فرد، او را در فهرست متقاضیان آموزش گروهی متناسب با شرایط احراز و گروه سنی اش (مانند شرایط والد بودن برای شرکت در آموزش مهارت های فرزندپروری مربوطه) ثبت نام نماید.

در صورتی که در اجرای اولین غربالگری تکمیلی مصرف الکل یا مواد، فرد در **دامنه خطر بالا** ارزیابی شود، پس از ارائه یک جلسه مداخله مختصر توسط کارشناس سلامت روان با هدف ایجاد انگیزه در بیمار برای دریافت خدمات درمان دارویی، در همان مراجعه به پزشک مرکز ارجاع می‌شود. در اینجا پزشک ارزیابی تشخیصی از نظر اختلالات مصرف مواد و الکل را به عمل می‌آورد و در صورت تشخیص **وابستگی به الکل یا مواد (به جز دخانیات)** فرد را برای دریافت خدمات متناسب به مراکز اختصاصی/ تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد ارجاع می‌دهد.

اما صورتی که در غربال‌گری تکمیلی فرد از نظر مصرف دخانیات در معرض **خطر بالا** باشد، مداخله شناختی، رفتاری مختصر برای ترک دخانیات توسط کارشناس سلامت روان ارایه شده و مراجع برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی به پزشک ارجاع می‌شود. در صورتی که مراجع وابسته به دخانیات به طور معمول **بیش از 10 نخ سیگار در روز** مصرف نماید، پزشک مرکز باید درمان دارویی (درمان‌های جایگزین نیکوتین یا درمان‌های دارویی غیرنیکوتینی نظیر بوپروپیون و وارنیکلین) را مطابق راهنمای پزشک در

نظر بگیرد. در کسانی که سایر انواع مواد دخانی را مصرف می‌کنند، در صورتی که دفعات مصرف در ماه گذشته «**روزانه یا تقریباً روزانه**» باشد، استفاده از درمان دارویی باید در نظر گرفته شود.

لازم به توضیح است غربال‌گری تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان و ارزیابی تشخیصی توسط پزشک باید **به صورت ادغام‌یافته** با ارزیابی‌های حوزه سلامت روان و اجتماعی انجام پذیرد. در صورت شناسایی موارد مثبت در ارزیابی‌های حوزه‌های مذکور اقدام لازم متناسب با فلوچارت ادارات سلامت روان و اجتماعی باید در نظر گرفته شود.

در مواردی که بیماران برای دریافت **خدمات اختصاصی/تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد به سطح بالاتر** ارجاع می‌گردند، تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه روند درمان به عهده درمان‌گر سطح تخصصی است. جایگاه‌های سطوح بالاتر باید بازخورد روند ارایه مراقبت را به کارکنان مراقبت اولیه ارایه نمایند.

لازم به ذکر است، در هر یک از مراحل ارزیابی و درمان، در صورت شناسایی هر مورد **اورژانس طبی یا روان‌پزشکی**، باید **ارجاع فوری به سطح بالاتر، متناسب با نیاز** بیمار **توسط پزشک** در نظر گرفته شود. بدیهی است مسئولیت کیفیت و نحوه ارایه **کلیه خدمات درمانی به بیماران** در سطح اول ارائه خدمت (نظام مراقبت های بهداشتی اولیه) و همچنین **مدیریت تیم درمان** با پزشک مرکز است.

شایان ذکر است، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز باید **پیگیری موارد غربال‌گری اولیه مثبت** را در فواصل **یک هفته، یک، سه، شش و دوازده ماه** از زمان شناسایی بیمار انجام دهد. در این پیگیری ها بررسی موارد از نظر مراجعه به ارائه دهنده بعدی خدمت، دریافت خدمات مورد نیاز و علل عدم مراجع به کارشناس روان مدنظر می باشد. همچنین کارشناس مراقب سلامت/بهورز موظف است پس از ارجاع بیمار به مراکز درمانی هر سه ماه به مدت یکسال پیگیری روند دریافت خدمات درمانی را انجام داده و در پرونده بیمار ثبت نماید.

تقاضای کمک برای عضو خانواده با احتمال ابتلا به اختلالات مصرف مواد و الکل: گروه هدف این مراقبت افرادی هستند که به دلیل ابتلای یک از اعضای خانواده ی خود به مصرف دخانیات، الکل و مواد متقاضی دریافت آموزش و راهنمایی هستند.

در برخورد با این مراجعان کارشناس مراقب سلامت باید با مراجع همدلی نموده و میزان آمادگی عضو خانواده را برای مراجعه داوطلبانه ارزیابی نماید. در صورتی که مراجع بتواند عضو خانواده خود را برای مراجعه به پایگاه یا مرکز قانع کند، پس از مراجعه عضو مصرف‌کننده، غربال‌گری اولیه انجام و بر اساس نتایج حاصل از آن مراقبت متناسب ارایه می‌گردد. اما در صورتی که مراجع گزارش نماید که عضو خانواده از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌ورزد، تقاضای مراجع در مراقبت تعریف شده ثبت و فرد برای دریافت خدمات مورد نیاز به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردد. لازم به توضیح است در این حالت موضوع مصرف مواد تنها در پرونده خود فرد مراجعه‌کننده درج می‌گردد و نباید در پرونده عضو خانواده (مشکوک به اختلالات مصرف الکل و مواد) ارزیابی یا مراقبتی ثبت شود.

لازم به ذکر است در ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد لازم است امکان غربال‌گری اولیه فرصت‌طلبانه مصرف **دخانیات، مواد و الکل**

به صورت فرصت‌طلبانه برای پزشک، ماما، کاردان بهداشت دهان و دندان، و دندان‌پزشک مرکز فراهم باشد و در صورت مثبت بودن غربال‌گری اولیه مطابق فلوچارت توضیح داده شده در بالا اقدام شود.

شناسایی موارد مصرف دخانیات، مواد و الکل **در گروه سنّی زیر** 15 **سال**: در **افراد زیر 15 سال** غربال‌گری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد به طور معمول انجام نمی‌شود، به جای آن مراقبتی تحت عنوان «**شناسایی موارد مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنّی زیر 15 سال**» پیش‌بینی شده است. در صورتی که در این گروه سنّی خود فرد، خانواده، مدرسه یا سایر سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان، متقاضی دریافت خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف **دخانیات، مواد و الکل**

باشند، این مراقبت برای کودک یا نوجوان توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز تکمیل و به صورت غیرفوری به **پزشک** ارجاع می‌گردد. پزشک از مُراجع ارزیابی تشخیصی به عمل آورده و در صورت تشخیص اختلالات مصرف **دخانیات، مواد و الکل** او را برای مراقبت و درمان به جایگاه‌های تخصصی یا فوق‌تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان ارجاع می‌دهد.

در این گروه از مراجعان اطلاع‌رسانی درباره برنامه آموزش فرزندپروری به والدین و در صورت تمایل ارجاع به کارشناس سلامت روان برای شرکت در برنامه فرزندپروری توسط کارشناس سلامت روان انجام می‌شود.

والدین دارای فرزند زیر 18 سال: علاوه بر آن که کارشناس مراقب سلامت از کلیه افراد 15 ساله یا بیشتر درباره مواجهه با دود دستِ دوم سیگار سؤال می‌پرسد، در والدین دارای فرزندان زیر 18 سال، **مواجهه فرزندان با دخانیات** با استفاده از سؤالات زیر ارزیابی گردد:

- آیا در خانواده شما، فرد مصرف‌کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان، چپق و...) وجود دارد؟
- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟
- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟
- آیا در سال گذشته، کودک شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟

در صورت **پاسخ مثبت** به یک مورد یا بیشتر از موارد بالا، **کارشناس مراقب سلامت/ بهورز** مراقبت متناسب بر اساس راهنمای کشوری کنترل دخانیات به والدین ارایه می گردد. همچنین به والدین در خصوص برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری اطلاع‌رسانی شده و در صورت داشتن ملاک‌های ورود به برنامه به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردند.

به صورت مشابهی از والدین دارای فرزند زیر 18 سال، وجود فرد مصرف‌کننده الکل و مواد در خانواده پرسش می‌شود. در صورت **پاسخ مثبت** به این سؤال اطلاع‌رسانی در خصوص مداخلات درمانی، توصیه به فرد برای تشویق فرد مصرف‌کننده الکل و مواد جهت مراجعه به کارشناس مراقبت سلامت/بهورز و اطلاع‌رسانی درباره برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری به والدین ارایه می‌گردد و در صورت تمایل والد به دریافت آموزش‌های پیشگیرانه و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

توصیه های بلوغ

بلوغ انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری است. بلوغ از نظر لغوی به معنی رسیدن به سن رشد مرد یا زن شدن، پختگی و به حد کمال رسیدن می باشد. بلوغ یکی از حیاتی ترین مراحل زندگی انسان است که در این مرحله تغییرات سریع رشد و نمو و اجتماعی به وجود می آید. در روند این تغییرات، نوجوانان تمایل دارند با والدین خود به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارتباط برقرار کنند. بسیاری از مشکلات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی مانند بیماری های عفونی، ازدواج ناموفق، حاملگی زودرس و پر خطر، بیماری قلبی و عروقی، بیماری های مزمن و مرگ و میر مادر و کودک ریشه در بلوغ دارد.

به دلیل ناگهانی بودن شروع علایم بلوغ، نوجوان با موارد ناآشنایی رو به رو می شود که گاهی احساس خوشحالی و گاهی نگرانی در او ایجاد می شود. شروع بلوغ با ظهور علایم رشد جسمانی است که ازدیاد فعالیت، مسئولیت پذیری، آزادی طلبی و تغییرات خلق و خو را به دنبال دارد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در پسران

تغییر در اندازه اندام های بدن: افزایش سریع قد در مراحل اولیه بلوغ است که ابتدا از دست ها و پاها شروع شده و سپس ساق پاها و ران ها رشد می کند. رشد تنه، سینه و پهن شدن شانه ها در آخر اتفاق می افتد. در این دوره اندازه قلب، ظرفیت ریه و حجم خون افزایش می یابد. رشد اندام ها ابتدا بسیار ناموزون ولی در نهایت حالت موزون و مردانه پیدا می کند.

صفات اولیه جنسی: به فعالیت بیضه ها و آلت تناسلی مربوط است. اولین علامت بزرگ شدن بیضه هاست که اغلب در 9/5 سالگی اتفاق می افتد و در حدود 20 سالگی به طور کامل رشد می کند. کمی بعد از رشد بیضه ها، رشد آلت تناسلی نمایان می شود که در افراد مختلف متفاوت بوده و ممکن است موجب نگرانی برخی از پسران شود ولی با توضیح در مورد فعالیت اعضای تناسلی هنگام تحریک جنسی می توان این نگرانی را رفع کرد. معمولا در این دوران پسرها احتلام (انزال یا خروج مایع منی که مایع لزج حاوی نطفه یا اسپرم است) در خواب را تجربه می کنند. این امر یکی از معیارهای بلوغ است.

صفات ثانویه جنسی: این صفات به طور مستقیم با تولید مثل ارتباط ندارد و شامل:

- ❖ رویش موهای شرمگاهی که حدود یک سال بعد از بزرگ شدن بیضه ها و آلت تناسلی ظاهر می شود. در ابتدا موها کم، نازک و ظریف بوده و به تدریج تیره، زبر و مختصری مجعد و پیچ دار می شود.
- ❖ رویش موی زیربغل و افزایش موهای بدن که پس از تکمیل موهای زهار اتفاق می افتد.
- ❖ ریش و سبیل که از 14 تا 18 سالگی شروع به روئیدن می کند.
- ❖ تغییرات پوست بدن که پوست زبر شده و منافذ آن بازتر می شود. در اثر تحریکات هورمون مردانه، فعالیت غدد چربی افزایش یافته و جوش هایی روی صورت و بدن (آکنه) ظاهر می شود. در این دوران تعریق بخصوص در ناحیه زیربغل افزایش می یابد که ممکن است کمی بوی ناراحت کننده تولید کند.
- ❖ تغییر صدا که ناشی از رشد طناب های صوتی است. ابتدا صدا خشن و سپس بم و آهنگ آن مطلوب تر می شود.
- ❖ رشد عضلات بخصوص در عضلات سینه، ساق ها، بازوان و شانه ها اتفاق می افتد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در دختران

جهش رشدی: افزایش سریع قد در دختران حداقل 2 سال زودتر از پسران اتفاق می افتد به طوری که در مدت یک سال قد دختران حدود 6 تا 11 سانتی متر بیشتر می شود. جهش رشد معمولاً دو سال پس از جوانه زدن پستان ها و یک سال قبل از شروع عادت ماهانه رخ می دهد. هورمون های جنسی موجب کند شدن رشد استخوان ها می شود، به همین دلیل بعد از قاعدگی سرعت رشد قد کندتر شده و بیش از 6 سانتی متر قد دخترها افزایش نمی یابد.

تغییرات سایر اعضا: علاوه بر رشد قد، جذب چربی در بدن و توزیع آن به شکل زنانه در ران ها و پستان ها و سایر قسمت های بدن اتفاق می افتد. لگن پهن شده، موهای زیر بغل شکل زنانه پیدا می کند و اندام ها از قبیل قلب، کبد، کلیه ها و دستگاه گوارش بزرگ می شود. فعالیت غدد چربی و عرق زیاد می شود و در برخی از دختران جوش صورت ظاهر می شود.

رشد پستان ها: معمولاً در سنین 7/5 تا 12/5 سالگی و به طور متوسط 9/5 سالگی روی می دهد. جوانه زدن پستان ها از نوک شروع و به طور معمول دردناک و حساس شده و دو طرفه می باشد. در پایان دوره بلوغ، رشد پستان کامل می شود.

رشد موهای شرمگاهی: متعاقب رشد پستان ها و به طور متوسط در سن 10/5 سالگی، موهای شرمگاهی در حاشیه داخلی لب های فرج و ناحیه زیر بغل ظاهر می شود.

قاعدگی: آخرین مرحله بلوغ است که در سن 9 تا 16 سالگی و به طور متوسط 13 سالگی اتفاق می افتد. رحم، واژن و اعضای تناسلی زن به اندازه کافی رشد می کند. قاعدگی به خروج خون و قطعات ریزش یافته لایه پوششی رحم اطلاق می شود که پس از یک تخمک گذاری طبیعی و در صورتی که حاملگی صورت نگیرد، اتفاق می افتد. اولین روز یک دوره خونریزی تا اولین روز خونریزی بعدی را یک دوره عادت ماهانه گویند که معمولاً بین 21 تا 39 روز است. میزان خون خارج شده در هر نوبت 30 تا 80 سی سی است که طی 3 تا 7 روز خارج می شود.

اولین قاعدگی در سن 11 تا 13 سالگی اتفاق می افتد. قاعدگی های اول بدون تخمک گذاری بوده و از نظر فواصل زمانی مقدار خون و مدت زمان خونریزی نامنظم و غیر قابل پیشگیری است. طی 2 تا 2/5 سال پس از شروع قاعدگی به صورت خود به خود منظم می شود.

علایم جنسی و روانی قبل از عادت ماهانه: در چند روز قبل از شروع عادت ماهانه، علایم جنسی و روانی در برخی خانم ها ایجاد می شود که با شروع خونریزی و یا در روزهای خونریزی از بین می رود.

علایم جسمی: افزایش وزن، احساس سنگینی در شکم و کل بدن ، تورم دست ها و صورت، بزرگ شدن یا دردناک شدن پستان ها، سردرد، تهوع و استفراغ، اسهال، بی اشتهایی و یا تمایل به برخی از غذاها، خستگی، تکرر ادرار، کمردرد و دردزیربغل. دل درد ممکن است چند ساعت قبل و یا هم زمان با خونریزی شروع شود که معمولاً بیش از 2 یا 3 روز اول ادامه نمی یابد.

علایم روانی: تغییرات خلق، نگرانی، افسردگی، ناامیدی، تحریک پذیری، کاهش قدرت تمرکز، منفی گرایی و تغییر تمایلات جنسی همراه با دل درد در تمامی افراد کمابیش دیده می شود.

<u>توصیه های بهداشتی</u>

- **حمام کردن و شستن تمام بدن با آب گرم و صابون بهترین وسیله نظافت پوست بوده و بوی بد بدن را از بین می برد.**
- **جوش را نباید دست کاری کرد. چندین بار در روز باید پوست را با آب و صابون شستشو داد. احتیاجات پوست را هر روز حداقل یک ساعت با هوای تازه تأمین کرد.**
- **تحرک و ورزش فراموش نشود.**
- **رعایت نکات بهداشتی در دوران عادت ماهانه:**

1- در این دوران از نوار بهداشتی استفاده و نوارها را با فاصله کم و حداقل 3 تا 5 بار عوض شود. در صورتی که نوار بهداشتی در دسترس نیست، از پارچه نخی استفاده نموده و مرتب آن را تعویض کرده و پس از شستشوی با آب و مواد شوینده، آن ها را با اتو کشیدن یا در معرض آفتاب گذاشتن خشک کرد.

2- از لباس های زیر نخی استفاده شده و آن را مرتب تعویض کرده و پس از شستشو با اتو یا در آفتاب خشک شود.

3- استحمام روزانه با آب گرم و به صورت ایستاده منعی ندارد.

4- قاعدگی را باید نشانه صحت و سلامت بدن دانست.

5- استفاده از دوش یا کیسه آب گرم و ماساژ کمر موجب تسکین دردهای عادت ماهانه می شود. در صورت نیاز، مصرف برخی داروها مانند استامینوفن یا مفنامیک اسید یا ایبوبروفن توصیه می شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می شود.

انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می شوند. معلمین و مراقبین بهداشت مدارس در آموزش تغذیه به دانش آموزان، باید مصرف آن ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیانبار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می کنند بیشتر می باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه براختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می باشد.

تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی تر این گونه رژیم های غذایی است.

متاسفانه تاخیر رشد و تاخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی ها گزارش شده است. 39٪ این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.

بنابراین دانش آموزان در سنین بلوغ به ویژه دختران باید بدانند که رژیم های کاهش وزن در این دوره ممکن است منجر به کوتاه ماندن قد شود و علاوه بر آن به علت بروز انواع کمبودهای تغذیه ای سلامت آنان به خطر افتاده و با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد.

فعالیت بدنی دوران بلوغ

همه کودکان و نوجوانان باید روزانه دست کم 30 تا 60 دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا زیاد داشته باشند. همچنین کودکان و نوجوانان باید تشویق شوند تا در فعالیت های گوناگون ورزشی شرکت کنند تا به مهارت های مختلفی دستیابی پیدا کنند. ورزش موجب بهبود کار دستگاه های مختلف بدن می شود، فشارهای عصبی و روانی را کاهش می دهد، در افزایش ظرفیت شخصیتی نوجوان و تقویت خودباوری، احساس لیاقت و توانایی و گسترده شدن روابط اجتماعی نقش دارد. ورزش مناسب سبب می شود نوجوان در برابر مشکلات زندگی صبر و تحمل بیشتری داشته باشد و اگر به ورزش کردن عادت کند، گرفتار بسیاری از بیماری ها در سنین میانسالی نخواهد شد.

ویژگی های روانی و رفتاری دوران بلوغ

نوجوان طی دوره بلوغ علاوه بر تغییرات جسمی، دستخوش یک سری تغییرات و علایم روانی نیز می شود که شناخت آن برای برخورد صحیح کمک بسیار می کند.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران 10 تا 14 سال: میل به گوشه گیری، حساسیت بسیار به انتقاد دیگران، بی قراری، بی ثباتی، تحریک پذیری، نوسان در خلق و خو، مخالفت با خانواده و دوستان، در رویا فرو رفتن، شرم و حیای مربوط به تغییرات بلوغ، تنبلی و سستی، نافرمانی از بزرگ ترها، خیره سری و خودرایی، نداشتن احساس امنیت و اعتماد به نفس، مقاومت در برابر پند و اندرز والدین، تمایل شدید به ارتباط با دوستان و گفتگوی پنهانی، حساسیت به آراستگی ظاهر خود و صرف وقت جلوی آینه و پوشیدن لباس به گونه متفاوت با معیارهای خانواده.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ پسران 14 تا 19 سال: اختلال در توجه، مخالفت با والدین و دیگر بزرگسالان، اختلال در خلق و خوی و سلوک و رفتار، اضطراب و نگرانی، اختلال در خواب، بی اشتهایی یا پر اشتهایی، افسردگی و پرخاشگری، کنجکاوی و تمایل به جنس مخالف، تمایل به خود ارضایی.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران 15 تا 19 سال: اکثر نوجوانان در این سن بالغ شده اند و تعدادی از آن ها رشد جنسی را که بهترین تغییر این دوره است خوشایند و برخی موجب ناراحتی و دستپاچگی خود می دانند. معیارهای رفتار و لباس پوشیدن توسط همسالان تعیین می شود، کنجکاوی رو به افزایش نسبت به جنس مخالف دارند، در رویاهای عاشقانه فرو می روند، تفکر انتزاعی دارند و جهت گیری آینده و اندیشیدن درباره تحصیل و اشتغال و ازدواج بخش مهمی از رویاهای آن ها را تشکیل می دهد.

<u>چند توصیه برای والدین</u>

- برای بروز اختلاف نظرها آمادگی داشته باشند،

- آماده باشند که مورد محک قرار گیرند،

- انعطاف پذیر باشند،

- همه چیز را جدی نگیرند،

- حس شوخ طبعی خود را حفظ کنند،

- بیش از حد تحت تأثیر نوجوان قرار نگیرند،

- از دانش و آگاهی برخوردار باشند،

- به نوجوان در کسب مهارت های اجتماعی و زندگی کمک کنند،

- حس مسئولیت پذیری واعتماد به نفس را تقویت کنند،

- با تغییرات بلوغ آشنا کنند،

- عزت نفس نوجوانان را با برخورد احترام آمیز افزایش دهند،

- با ایجاد رابطه صمیمانه و احترام آمیزو درک شرایط وی، تعارضات االجتماعی و رفتاری را کاهش دهند،

- با رفع تبعیض، ریشه حسادت را بخشکانند،

- عملکرد جنسی را آموزش دهند،

- مشاور خوب و قابل اعتمادی برای نوجوان باشند.

توصیه های ایمنی در مورد نحوه نگهداری وسایل در منزل:

1) وسایل آتش زا مانند کبریت و فندک باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد.
2) کتری و سماور داغ و ظروف محتوی غذا یا مایعات داغ باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد.
3) مواد شیمیایی و سموم باید بر چسب مشخص کننده نام و هشدار داشته باشند و دور از دسترس کودکان قرار گیرند.
4) مواد پاک کننده در یک کمد در بسته و قفل دارو ترجیحاً در طبقات بالا نگهداری شوند.
5) باید از نگهداری داروی زیاد به ویژه قرص‌های رنگی و جالب توجه کودکان در یخچال پرهیز گردد.
6) از نگهداری داروها و مواد غذایی تاریخ گذشته در منزل خودداری شود و داروهایی که مورد نیاز نیست دور ریخته شود.
7) دارو به هیچ وجه نباید بدون تجویز پزشک مصرف شود و باید از وجود برچسب داروها مطمئن شد.
8) به هیچ وجه نباید شربت متادون از ظرف اصلی خارج و در یخچال و در دسترس کودکان قرار گیرد.
9) مخازن نگهداری نفت و گازوئیل باید دور از دسترس کودکان قرار داده شود و محتوای داخل آن برای کودکان قابل دستیابی نباشد.
10) نباید هرگز اتوی داغ و روشن را به حال خود رها نمود.
11)نباید هرگز کودک را با چرخ گوشت(دستی یا برقی) به حال خود رها نمود.
12) همیشه در هنگام خروج از منزل، از خاموش نمودن گاز، سماور یا سایر وسایل خوراک‌پزی اطمینان حاصل کنید.
13) بخاری‌ها باید سالم و بدون نقص بوده و هر کدام دارای دودکش مستقل و مجهز به کلاهک مناسب باشد، درست سوختن شعله و رنگ آبی آن مهم است.
14) حتی‌الامکان از قرار دادن بخاری، والور و سایر وسایل آتش زا در وسط اتاق و در مسیر تردد خودداری شود.
15) از قرار دادن وسایل قابل اشتعال نظیر پرده، مبل، رختخواب و مخزن نفت در کنار بخاری خودداری شود.
16) هرگز نباید از وسایل گرمازای سوختی بدون دودکش در اتاق دربسته یا بدون پنجره، بخصوص در زمان خواب استفاده گردد.
17) باید نصب هرگونه وسیله گرمازا و حرارتی را به متخصصان مربوطه واگذار نمود.
18) باید در وسایل گازسوز از شلنگ های استاندارد استفاده نمود و نباید آن ها را از زیر فرش یا جایی که احتمال پیچ خوردن و سوراخ شدن آن وجود دارد، عبور داد. بهترین روش برای آزمایش نشت گاز استفاده از اسفنج یا پارچه آغشته به کف صابون می‌باشد.
19) وجود کپسول اطفای حریق در منزل الزامی است.
20) توجه فرمایید کپسول اطفاء حریق در نزدیکی اجاق نباشد.
21)وسایل تیز و برنده مانند چاقو، مداد، چنگال، میخ، ..... باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد و در صورت برداشتن آن ها توسط کودک، با رعایت احتیاط کامل آن ها را از کودک بگیرید.
22) برای جلوگیری از سقوط قابلمه، کتری، قوری و سماور نباید آن ها را در سطح جلو کابینت و یا اجاق گاز گذاشت.

توصیه های ایمنی در مورد سیستم برق‌رسانی در منزل:

1) پریزهای برق (حتی تمام پریز های بی استفاده مثلا در زیر زمین) باید درپوش دار و مخفی بوده و برای کودکان قابل دسترس نباشد.
2) در سیستم برق خانه یک دستگاه محافظ برق یا کلید ایمنی نصب گردد.
3) نباید از پریزهای برق بیش از حد خروجی گرفته شود.
4) توجه فرمایید با دست مرطوب به کلیدها و پریزهای برق دست زده نشود.
5) حتی الامکان باید از سیم‌های رابط برق کوتاه استفاده و هرگز نباید سیم‌های رابط بلند برق را از زیر فرش یا موکت عبور داد.
6) از دست زدن به سیم های برق و اتصالات بدون عایق خودداری نمایید.
7) تلویزیون و لوازم صوتی را طوری قرار دهید که هوا در اطراف آن جریان داشته باشد و از داغ شدن آن ها جلوگیری کند. اگر تلویزیون به خوبی کار نمی کند ممکن است موجب آتش سوزی شود. لذا بررسی آن را به یک متخصص بسپارید.
8) مراقب پریزهای برق با دوشاخه های نامناسب باشید. اگر دو شاخه ای در پریز لق باشد موجب داغ شدن اتصال و آتش سوزی خواهد شد. هرگز دوشاخه ای بزرگ تر را به زور داخل پریز جا ندهید. پریزهای شکسته یا قدیمی را تعویض کنید.
9) سیم های لوازم برقی را چک کنید و از سالم بودن آن ها مطمئن شوید. توجه کنید که سیم ها را هرگز به دیوار، کف یا هر سطح دیگری میخ یا پرچ نکنید. سیم ها را از زیر فرش یا قالی عبور ندهید و اسباب خانه را روی آ ن ها نگذارید.
10) از گرفتن خروجی بیش از حد از یک پریز بپرهیزید.
11) از به کار بردن لامپ هایی با میزان وات قوی و نامناسب با میزان تحمل نوع سیم کشی و سرپیچ، خودداری کنید. هم چنین از مناسب بودن سرپیچ آن مطمئن شوید. لامپ ها را همواره با دقت ببندید. شل بودن یا کج بودن لامپ در سرپیچ موجب اتصالی و آتش سوزی می شود.
12) از فیوزها و کلیدهای مناسب در جعبه فیوز استفاده کنید و همیشه هر فیوز سوخته یا خراب را با یک فیوز مشابه جایگزین کنید.
13)وسایل برقی را در معرض ترشح آب قرار ندهید. اگر وسیله برقی داخل آب افتاد هرگز برای بیرون آوردن آن دست خود را داخل آب نبرید حتی اگر وسیله خاموش باشد. ابتدا کلید اصلی برق را قطع کنید. سپس دوشاخه وسیله برقی را از پریز خارج کرده و آن را از آب خارج کنید. اگر وسیله برقی به هر دلیل خیس شد ابتدا توسط متخصص از سالم بودن آن مطمئن شوید سپس از آن استفاده نمایید.
14) کامپیوتر و سایر لوازم صوتی تصویری خود را چک کنید و از صحت عمل آن ها مطمئن شوید. مراقب خراش ها یا صدمات مشابه بر روی سیم ها و بخش های الکتریکی آن باشید. برای چنین لوازمی از یک دستگاه کنترل کننده جریان برق یا حداقل ترانسفورماتور استفاده کنید.
15) سیم کشی برق حمام باید توکاربوده و حتی الامکان از گذاشتن کلید و پریز داخل حمام خودداری نمایید.
16) لامپ روشنایی داخل سرویس های بهداشتی و حمام باید دارای حباب باشد.
17) محل کنتور و فیوزهای برق بایستی کاملا مشخص و به راحتی قابل دسترسی باشد.
18) هنگام کوبیدن میخ به دیوار مواظب مسیر سیم های برق داخل دیوار باشید.
19) در حین برق کاری حتما از زیرپایی عایق مثل چوب و پلاستیک استفاده کنید و قبل از شروع کار کلید کنتور برق را قطع نمایید.

توصیه های ایمنی در مورد ساخت و ساز بنا:

1) حتی الامکان از پله های مارپیچی استفاده نشود.
2) از به کار بردن کف پوش های ناهموار و دارای پوشش سست خودداری شود.
3) شیشه ها باید محکم و چند لایه باشند.
4) درب ها باید از دو سمت قابل باز کردن باشند.
5) در منازل روستایی که از تنور استفاده می کنند بایستی حتما تنور دارای حفاظ و درپوش مناسب باشد تا مانع از دسترسی و سقوط کودکان گردد.
6) به منظور جلوگیری از سوانحی نظیر پرت شدن از ارتفاعات مثل پشت بام، راه پله، پله، پنجره، بالکن و یا هر جایی که از سطح زمین بلند یا پست تر باشد و یا محل هایی مثل حوض، آب انبار، برکه، استخر و چاه باید این گونه مکان ها با حفاظ مناسب یا نرده محصور شوند تا امکان سقوط و یا خفگی در آن ها وجود نداشته باشد.
7) کف آشپزخانه و حمام نباید لغزنده باشد تا از زمین خوردن پیشگیری شود.
8) مراقب تهویه کافی جریان هوا در درون منزل باشید.
9) برای جلوگیری از زمین خوردن، راه پله ها و راهروها را با نور مناسب روشن نگه دارید و از زیرفرشی های ثابت نگه دارنده فرش استفاده کنید.
10) به غیر از پنجره هایی که به پلکان اضطراری منتهی می شوند، بر روی تمام پنجره ها شبکه محافظ نصب کنید.
11) محل پخت و پز غذا باید حتی الامکان از اتاق نشیمن یا راهرو جدا باشد زیرا کودک ممکن است در هنگام بازی با یک حرکت اشتباه روی چراغ خوراک پزی و قابلمه و کتری آب جوش افتاده و باعث حادثه ناگوار و سوختگی شدید گردد.
12) لبه پله ها تیز و زاویه دار نباشد تا در صورت لغزش یا سقوط بر روی پله ها صدمات کم تری به فرد وارد شود.
13) راه پله ها کاملا تمیز بوده و در مسیر آن وسایل دست و پاگیر گذاشته نشود و از روشنایی کافی برخوردار باشد.
14)حفر چاه یک کار فنی– تخصصی است و مردم باید توجه داشته باشند که حفر چاه ها را به افراد مجرب و فنی بسپارند.
15) دیوارها بدون دزر و شکستگی باشد.
16) ارتفاع پنجره ها از کف اتاق100-120 سانتی متر باشد و طوری طراحی گردد که زیاد باز نشوند (رعایت این امر بخصوص در طبقات بالای ساختمان ضروری است). می توان شیشه های پایینی در و پنجره را در آورد و به جای آن از تخته چوبی استفاده کرد.
17) شیشه های در معرض تردد را با نوار چسب های رنگی مشخص کنید تا در هنگام تردد با آن ها برخورد نشود.
18) در مجاورت پنجره ها بالش، صندلی یا میز تحریر قرار ندهید زیرا احتمال دارد که کودکان به کمک آن ها از پنجره بالا روند.
19) کنتور آب نباید در محل تردد باشد تا از خطر زمین خوردن جلوگیری شود.

توصیه های ایمنی در مورد رفتارها در منزل:

1) از پوشیدن لباس‌های قابل اشتعال در هنگام کار با اجاق گاز بپرهیزید.
2) هرگز جهت تمیز کردن لکه‌های لباس از مواد قابل اشتعال مثل بنزین و تینر به خصوص در فضاهای بسته حمام استفاده نکنید.
3) هرگز در محیطی که بوی گاز استشمام می‌گردد کبریت یا برق روشن نکنید و ابتدا با باز نمودن درب و پنجره ها تهویه کافی را برقرار کنید.

4) از روشن کردن وسایل گرمازای بدون دودکش نظیر علاءالدین در فضای بسته مانند حمام خودداری شود، چون به دلیل تولید گازهای سمی، احتمال خفگی زیاد است.

5) اگر سیگار می کشید، از کشیدن سیگار در داخل خانه و در اطراف کودکان خودداری کنید.

6) هرگز سیگار را به صورت روشن یا نیمه خاموش رها نکنید و حتما آن را به دقت خاموش کنید. مراقب باشید هیچگاه در رختخواب سیگار نکشید.

7) کیسه های نایلونی را از دسترس کودکان دور نگهدارید. به سر کشیدن کیسه توسط کودک و ناتوانی در بیرون آوردن آن موجب مشکل در نفس کشیدن و نهایتاً خفگی کودک می گردد.

8) تا آنجا که ممکن است از تماس مستقیم دست ها با انواع شوینده ها و پاک کننده ها خودداری کنید و از دستکش استفاده نمایید.

9) هنگام استفاده از نردبان یا چهارپایه باید از سطح اتکای آن با زمین کاملا مطمئن شوید و از نوع استاندارد و دوطرفه نردبان استفاده کنید.

10) موقع پاک کردن شیشه ها و پنجره های منزل، از رفتن روی نرده ها یا قرنیزهای آن خودداری نمایید.

11) برق وسیله برقی را قطع و سپس آن را تمیز کنید.

12) موقع استفاده از وسایل گازسوز، ابتدا کبریت را روشن و بعد شیر گاز را باز کنید.

13) از قرار دادن اشیاء، البسه و مواد قابل اشتعال در مجاورت وسایل گرمازا پرهیز کنید.

14) از سر رفتن غذا بر روی اجاق گاز جلوگیری کنید.

15) از قرار دادن وسایل گرمایی و بخاری در مسیر رفت و آمد خودداری نمایید.

16) وسایل آتش زا مثل کبریت و فندک را به هیچ وجه در اختیار کودکان قرار ندهید.

17) در هنگام خروج از منزل شیر اصلی گاز را ببندید.

18) از سوزاندن چوب یا ذغال درون خانه، چادر و محیط سربسته خودداری کنید.

19) اسباب بازی های متناسب با سن کودکان خریداری کنید و به هیچ عنوان اجازه بازی با وسیله ای که متناسب با سن کودک نیست را به او ندهید. گاهی وسایل بازی دارای تکه های ریزی است که درصورت بلع کودک احتمال خفگی او را بدنبال دارد.

20) هرگز پاک کننده‌ها و محصولات شیمیایی مختلف را درهنگام نظافت منزل با هم مخلوط نکنید.

21) برای نظافت درب و پنجره‌ها از نردبان مناسب استفاده کنید.

22) فهرستی از شماره تلفن های اضطراری، پزشک خانوادگی و قسمت اورژانس نزدیک ترین بیمارستان (جدید ترین شماره و کد) را در کنار تمام دستگاه های تلفن منزل قرار دهید.

نکات زیر می‌تواند در کاهش مرگ و میر ناشی از سوانح ترافیکی موثر باشد:

- **آشنایی و رعایت دقیق قوانین رانندگی و اصول ایمنی در رانندگی**
- **استفاده از کلاه ایمنی برای موتورسواران و دوچرخه سواران**
- **استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه سرنشینان خودرو**
- **استفاده از صندلی مخصوص کودکان بر حسب سن کودک**

(صندلی مخصوص شیرخواران(Infant Seat) از بدو تولد تا 9 -12 ماهگی یا وزن 13 kg ، صندلی مخصوص اطفال(Child Seat) از 1 سالگی تا 4-5 سالگی یا وزن 9 تا 18kg ، صندلی مخصوص کودک(Booster Seat) از 4-5 سالگی تا 12 سالگی یا وزن 15 -25 kg)

- **نشاندن کودکان در صندلی عقب خودرو(تا 12 سالگی کودک اجازه نشستن روی صندلی جلوی خودرو را ندارد.)**
- **رعایت دقیق سرعت مجاز و مطمئنه**
- **رعایت فاصله مجاز تا وسیله نقلیه جلویی**
- **رعایت حق تقدم و احترام به قوانین راهنمایی و رانندگی**
- **مجهز نمودن وسیله نقلیه به تجهیزات ایمنی (Airbag، ترمز ABS، کپسول اطفای حریق، زنجیر چرخ و سایر تجهیزات متناسب با فصل)**
- **پرهیز از رانندگی طولانی مدت، رانندگی درحین خستگی**
- **پرهیز از رانندگی در زمان مصرف داروهای خواب آور، الکل و مواد مخدر**
- **پرهیز از بازی کردن در کوچه و خیابان**
- **استفاده از پل‌های عابر یا مکان‌های خط کشی برای عبور از عرض بزرگراه‌ها و خیابان**
- **استفاده از پیاده رو برای عبور از طول بزرگراه‌ها و خیابان**
- **استفاده از پوشش رنگ روشن برای عبور از خیابان در هنگام تاریکی و غروب**
- **دانستن نحوه برخورد با مصدوم**
- **انجام سالیانه معاینه فنی خودرو و آشنایی با خرابی ها و نقایص فنی که می تواند حادثه ساز باشد.**

فشارخون بالا در کودکان

علی رغم عقاید مرسوم عمومی نوجوانان و کودکان و حتی اطفال می توانند فشارخون بالا داشته باشند و این فقط بیماری میانسالان و سالمندان نیست. ریشه فشارخون بالا در بزرگسالی به دوران کودکی برمیگردد. کودکان با فشارخون بالا در آینده احتمال بیشتری برای ابتلاء به بیماری فشارخون بالا دارند و به همین علت باید به آن ها توجه جدی داشت .تشخیص و درمان بموقع از عوارض این بیماری جلوگیری می کند.تکرار اندازه گیری یا اندازه گیری منظم فشار خون در کودکان و بررسی بیماری های همراه به پیش بینی دقیق تر احتمال ابتلاء به فشارخون بالا در آینده و بزرگسالی کمک می کند.بیماری هایی مانند بیماری قلبی و کلیوی و مصرف بعضی از داروها سبب فشارخون ثانویه در کودکان می شوند که با درمان بیماری و قطع مصرف دارو ،فشارخون کاهش می یابد.در فشارخون اولیه که علت فشارخون بالا مشخص نیست مواردی مثل سابقه خانوادگی فشارخون بالا ،افزایش وزن و چاقی ، افزایش انسولین(مقاومت در مقابل عملکرد انسولین برای مصرف گلوگز در سلول) ،اختلال چربی خون و نژاد خصوصا" طی نوجوانی نقش مهمی دارند.

متوسط فشارخون در کودک یک روزه 70 میلی متر جیوه و در کودک یک ماهه 85 میلی متر جیوه است که با افزایش سن بالا می رود.

معیارهای فشارخون طبیعی و بالا در کودکان و نوجوانان بر حسب صدک ها(یعنی چند درصد افراد دارای این مقدار فشارخون و کمتر هستند) تعیین می شود و بر حسب سن ،قد و جنس در کودکان و سن،اندازه بدن و میزان بلوغ جنسی در نوجوانان تغییر می کند. به همین علت تشخیص فشارخون بالا در کودکان و نوجوانان بسیار پیچیده و مشکل است. معیارهای فشارخون که بر حسب مبنای سن و جنس و قد، باشند از دقت بیشتری نسبت به اندازه بدن برخوردارند.

در طبقه بندی فشارخون بر مبنای سن ،جنس و قد، فشارخون سیستول و دیاستول طبیعی کمتر از صدک 95 (یعنی 95 ٪ افراد دارای این مقدار فشارخون هستند) و فشارخون بالا فشارخون سیستول و دیاستولی است که بطور دائم در صدک 95 و بیشتر است به شرط این که میانگین حداقل 2 بار اندازه گیری که در 3 نوبت مجزا با روش شنیداری(گوشی) اندازه گیری شده باشد.(میانگین 6 نوبت)

فشارخون سیستول و دیاستول بین صدک 90 تا 95 پیش فشارخون بالا محسوب می شود. حتی نوجوانانی که فشارخون آنها 120/80 میلی متر جیوه و بیشتر است اگر در محدوده این صدک قرار گیرند، فشارخون آن ها به عنوان پیش فشار خون بالا محسوب می شود.(جدول 1)

جدول 1:طبقه بندی فشارخون در کودکان و نوجوانان 17-3 سال(بر حسب سن،جنس و قد) و اقدام لازم

	سیستول و دیاستول(mmHg)	اقدام
فشار خون طبیعی یا مطلوب	کمتر از صدک 90	-اندازه گیری مجدد یک سال بعد
پیش فشار خون بالا	-صدک90 تا کمتر از 95 - 120/80 و بیشتر در محدوده کمتر از صدک 95 در هر سنی	-اندازه گیری مجدد 6 ماه بعد -مدیریت وزن
فشار خون بالای مرحله 1	صدک 95 تا 99 بعلاوه 5 میلی متر جیوه	-اندازه گیری مجدد یک تا دو هفته بعد -اگر فشارخون در همین محدوده باقی بماند ،شروع ارزیابی و درمان ازجمله مدیریت وزن
فشار خون بالای مرحله 2	صدک 99 و بیشتر بعلاوه 5 میلی متر جیوه	-شروع ارزیابی و درمان طی یک هفته -در صورت وجود علائم ارجاع فوری به پزشک

اندازه گیری فشارخون در کودکان هم مشکلاتی دارد و هم تنوع آن بیشتر از بزرگسالان است ،در نتیجه مقداری که در یک بار اندازه گیری فشارخون بدست می آید گویای فشارخون واقعی نیست. فشارخون سیستول در کودکان به علت صحت بیشتر ارجح است. معمولا" در کودکان فشارخون دیاستول به همراه فشارخون سیستول با هم بالا می روند. لذا اگر معیار تعیین فشارخون بر حسب فشار سیستول باشد در واقع فشار دیاستول را هم در بر می گیرد (پیوست شماره1 :جدول مقادیر فشارخون سیستول و دیاستول(mmHg) بر حسب سن،جنس و قد در کودکان و نوجوانان 17–1 سال) .

صداهای کورتکوف در همه کودکان زیر یک سال و در بسیاری از کودکان زیر 5 سال بطور مطمئن قابل شنیدن نیستند. درکودکان نیز فشارخون سیستول بر حسب صدای مرحله اول کورتکوف و فشارخون دیاستول بر حسب صدای مرحله 5 کورتکوف تعیین می شود. قبلا" برای فشارخون دیاستول کودکان زیر 13 سال صداهای مرحله 4 کورتکوف در نظر گرفته می شد.

با استفاده از روش اندازه گیری فشارخون متحرک 24 ساعته، مقدار فشارخونی که در کودکان و نوجوانان بالاتر از حد طبیعی در نظر گرفته می شود، هم اندازه یا حتی کمی بیشتر از آستانه آن در اندازه گیری فشارخون در مطب یا مراکز بهداشتی درمانی است .

اندازه های بازوبند که در کودکان 14–0 سال استفاده می شود درجدول شماره 5 آمده است.(جدول 2)

جدول 2: اندازه بازوبند دستگاه فشار خون در کودکان(14–0 سال)

حداکثر دور بازو(cm)	ابعاد کیسه هوا(cm)	وضعیت کودک
–	4 × 8	نوزادان و کودکان نارس
17	4 × 13	کودکان کوچک
26	10 × 18	کودکان با اندازه متوسط و بزرگسالان لاغر
33	12 × 26	کودکان چاق و اکثریت بازوهای بزرگسالان

اندازه گیری فشارخون در کودکان

توصیه می شود فشارخون کودکان از 3 سالگی هر سال اندازه گیری و مورد بررسی قرار گیرد.استفاده از بازوبند مناسب دقت اندازه گیری را افزایش می دهد(شکل 25).اندازه گیری فشارخون در کودکان همانند بزرگسالان در بازوی راست و با رعایت شرایط و آمادگی قبل از اندازه گیری انجام می شود.اگر فشارخون کودک بالای صدک 90 باشد باید دو نوبت دیگر تکرار شود. اندازه گیری فشارخون در کودکان و نوجوانان به علت پیچیدگی زیاد ، بهتر است حتما" توسط پزشک هم انجام و بررسی شود.

برای تعیین وضعیت فشارخون کودکان در سامانه سیب از جداول زیر که بر حسب متغیرهای سن، جنس و قد، تعیین شده و جدول کامل تری است، استفاده می شود.

Table 5-Blood Pressure Levels for Boys and Girls by Age and Height Percentiles

******* فایل جداول فوق به پیوست است.**

راهنمای بهورز / مراقب در ارزیابی عامل خطر ژنتیک:

بیماری های ارثی بیماری های متعدد و متنوعی می باشند که به دلیل وجود یک اختلال ژنتیکی در افراد از نسلی به نسل بعد منتقل می شوند. در اکثر موارد والدین بیماران افرادی سالم از نظر ابتلا به آن بیماری بوده و فقط انتقال دهنده این اختلال به فرزند خود هستند. احتمال ابتلای فرزندان به بیماری های ارثی بر اساس نحوه توارث بیماری در هر بیماری متفاوت بوده و محاسبه این احتمال نیازمند مشاوره ژنتیک است. «مشاوره ژنتیک» فرایندی است که از طریق آن، بیماران و یا خویشاوندان در معرض خطر بیماری ژنتیک، از پیامدهای احتمالی بیماری، احتمال ابتلا یا انتقال آن به سایر خویشاوندان و راه‌های پیشگیری یا درمان بیماری آگاه می شوند. منظور از خانواده در اینجا افرادی هستند که با هم نسبت درجه یک فامیلی دارند که شامل پدر، مادر، خواهر و برادر است. ممکن است اختلالی در خانواده وجود داشته باشد که نوع آن تشخیص داده نشده ولی بیش از یک مورد از این اختلال در خانواده و یا بستگان درجه یا1 یا 2 اعضای خانواده وجود دارد، در این موارد هم می بایست احتمال وجود عامل خطر ژنتیک بررسی گردد. در زیر تعدادی از بیماری های شایع ارثی به اختصار توضیح داده می شود:

- **هموفیلی:** شایع ترین بیماری اختلال انعقادی ارثی است. در این بیماری میزان فاکتور های انعقادی خون ناکافی است و بسته به شدت بیماری هنگام خونریزی های معمول هم بند آمدن خون با تاخیر بوده و یا بدون مداخلات درمانی انجام صورت نمی گیرد.
- **دوشن:** شایع ترین بیماری ارثی از نوع بیماری هایی است که باعث ضعف عضلانی و در نتیجه اختلال در راه رفتن در کودکان می شود. در این بیماری کودک ابتدا سالم بوده و اختلال در حرکت از سنین 3 تا 4 سالگی شروع می شود. نوع خفیف تر این اختلال نیز وجود دارد که "بکر" نام دارد.
- **تالاسمی ماژور:** شایع ترین بیماری کم خونی ارثی است که باعث می شود فرد نیازمند تزریق مکرر خون از ابتدای کودکی و در تمام طول عمر گردد.
- **بیماری های متابولیک ارثی:** بیماری هایی با تعداد و تنوع زیاد هستند که در آن ها سوخت و ساز یک یا چند ماده در بدن دچار اشکال است. این امر باعث ایجاد اختلالات متفاوتی در رشد و تکامل کودکان می شود. معمولا این کودکان می بایست رژیم های غذایی خاصی داشته باشند. سر دسته این بیماری ها فنیل کتونوری است که در حال حاضر در کشور در نوزادان غربالگری می گردد. گالاکتوزمی، تیروزینمی دو مثال دیگر از این بیماری هاست.
- **ناشنوایی و نابینایی:** ناشنوایی ها و نابینایی های غیر اکتسابی که از کودکی بوده و یا حالت پیشرونده داشته اند نیازمند ارزیابی از نظر احتمال وجود عامل خطر ژنتیک هستند.
- **ناتوانی ذهنی/ حرکتی:** فردی که از زمان کودکی دارای ناتوانی ذهنی و یا ناتوانی حرکتی باشد نیز نیاز به بررسی احتمال وجود عامل خطر ژنتیک دارد.

همچنین گاهی ممکن است در استعداد به ابتلا به بیماری های غیر واگیری نظیر بعضی از انواع سرطان ها و یا سکته های قلبی زمینه ژنتیک فرد موثر باشد، در این صورت این بیماری ها در سنین پایین تری نسبت به محدوده سنی ابتلا در افراد جامعه و با شدت بیشتری فرد را مبتلا خواهند کرد. با شناخت این افراد و انجام اقدامات پیشگیرانه به موقع می توان این خطر را تا حدود زیادی در این افراد کاهش داد.

مراقبت از کودک مبتلا یا در معرض خطر بیماری های ژنتیک و مادرزادی

الف) در برنامه کشوری PKU:

1- ملاحظات تغذیه (شیر و غذای مخصوص) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس و والدین بیماران انجام شود.

2- انجام دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب PKU (دستورات ویژه بالینی به هر دانش آموز بیمار) پیگیری، بررسی و مراقبت از انجام آن در طول حضور بیمار در مدرسه صورت گیرد.

3- مشاوره ژنتیک (در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت) به والدین توصیه و ایشان برای انجام امر ترغیب گردند.

ب) در برنامه کشوری G6PD

1- مراقبت برای پرهیز از محرک های لیز گلبولی (شامل مواد غذایی نظیر باقالا، داردها، تب) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس صوررت گیرد.

2- در صورت بروز علایم لیز گلبولی (رنگ پریدگی، تغییر رنگ ادرار) دانش آموز به اورژانس بیمارستان انتقال یابد.

3- نظارت مجدد بر نصب برگه اطلاعات دارویی در دفترچه بیمه دانش آموز

ج) مراقبت در برنامه هموفیلی:

1- ملاحظات تغذیه ای : ندارد

2- ملاحظات دارویی: ازمصرف آسپرین خودداری شود.

3- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب هموفیلی کودکان (در تهران، بیمارستان مفید)

4- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه:

- عدم شرکت در ورزش های همراه با ضربه مانند دومیدانی
- توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار

5- انجام مراقبت های اولیه در صورت بروز خونریزی و تماس با والدین بیمار

6- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت

د) مراقبت در برنامه تالاسمی:

1- ملاحظات تغذیه ای: عدم مصرف زیاد غذا یا داروهای افزایش دهنده آهن خون

2- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب تالاسمی

3- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه :

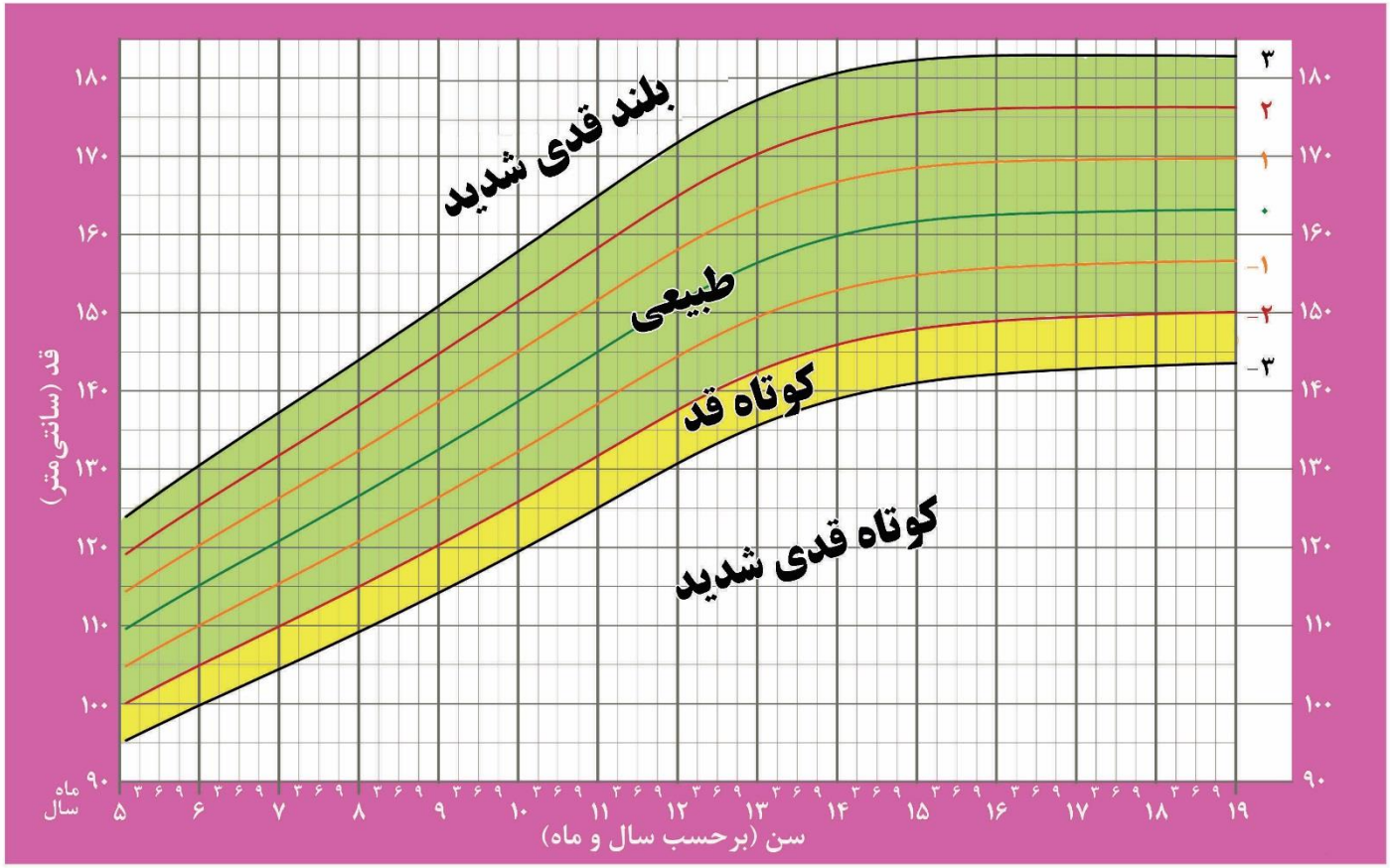
- تماس با والدین در صورت بروز علایم کم خونی
- توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار درصورت نیاز به تزریق خون

4- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک

ضمایم

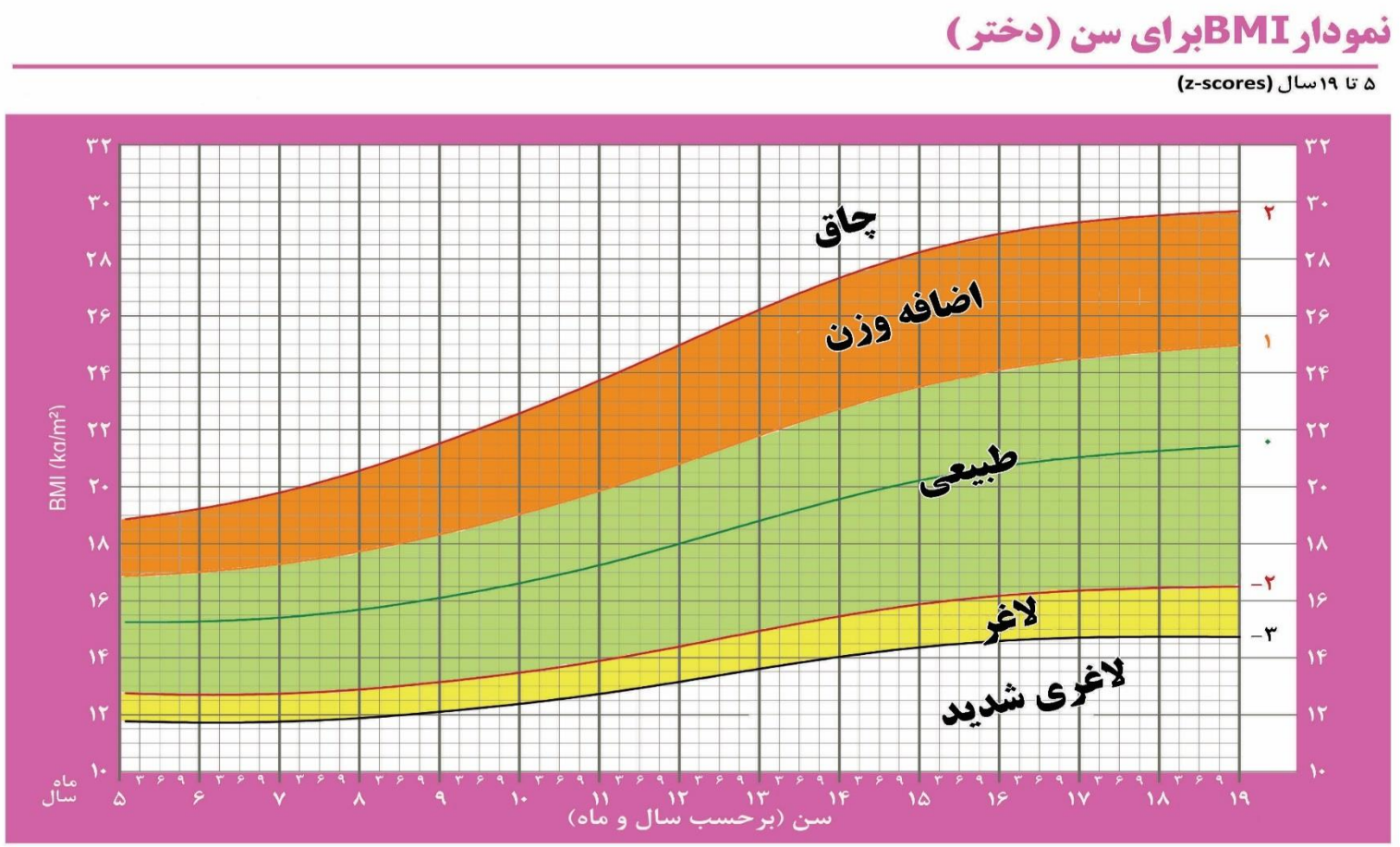
نمودار قد برای سن (دختر)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

نمایه توده بدنی– دختران (19–5 سال)

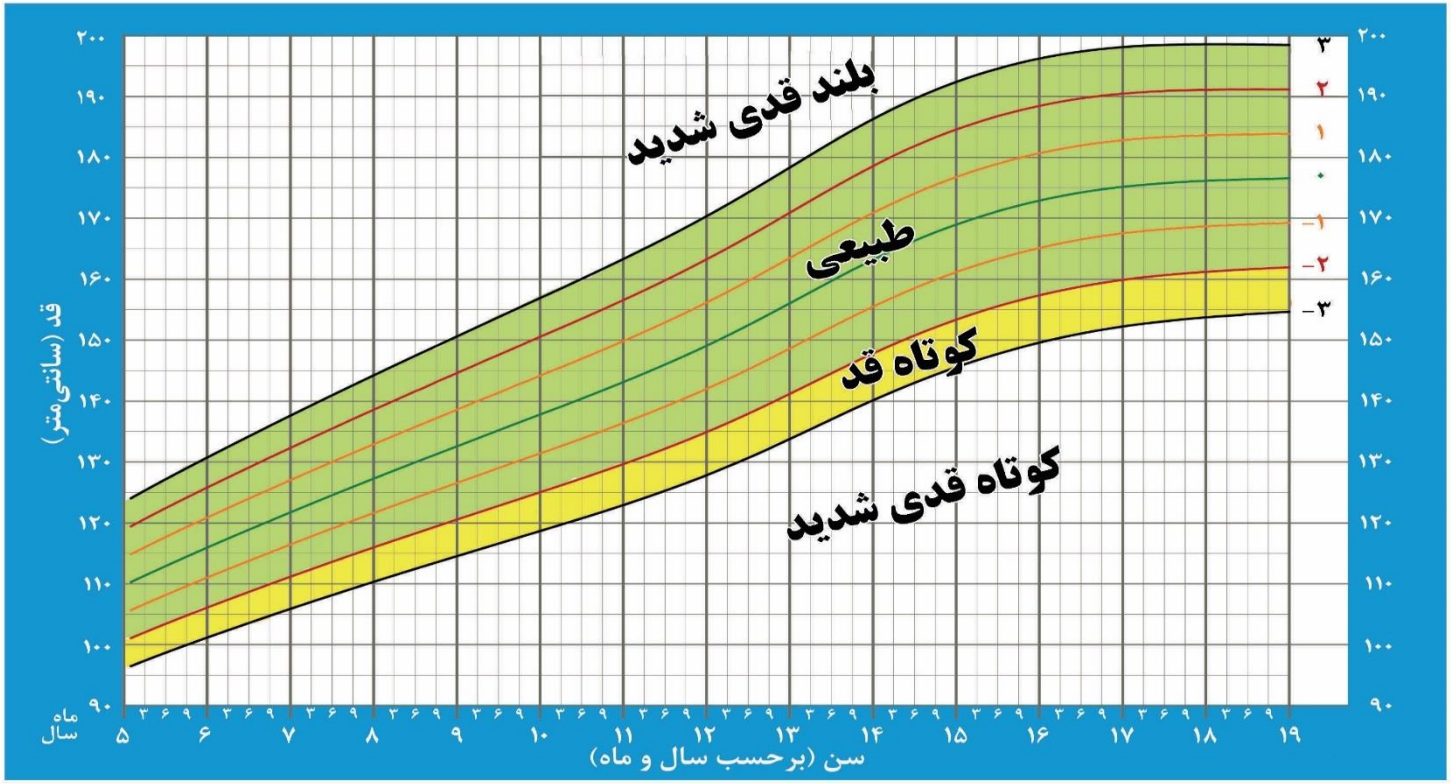


برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

قد برای سن– پسران (19– 5 سال)

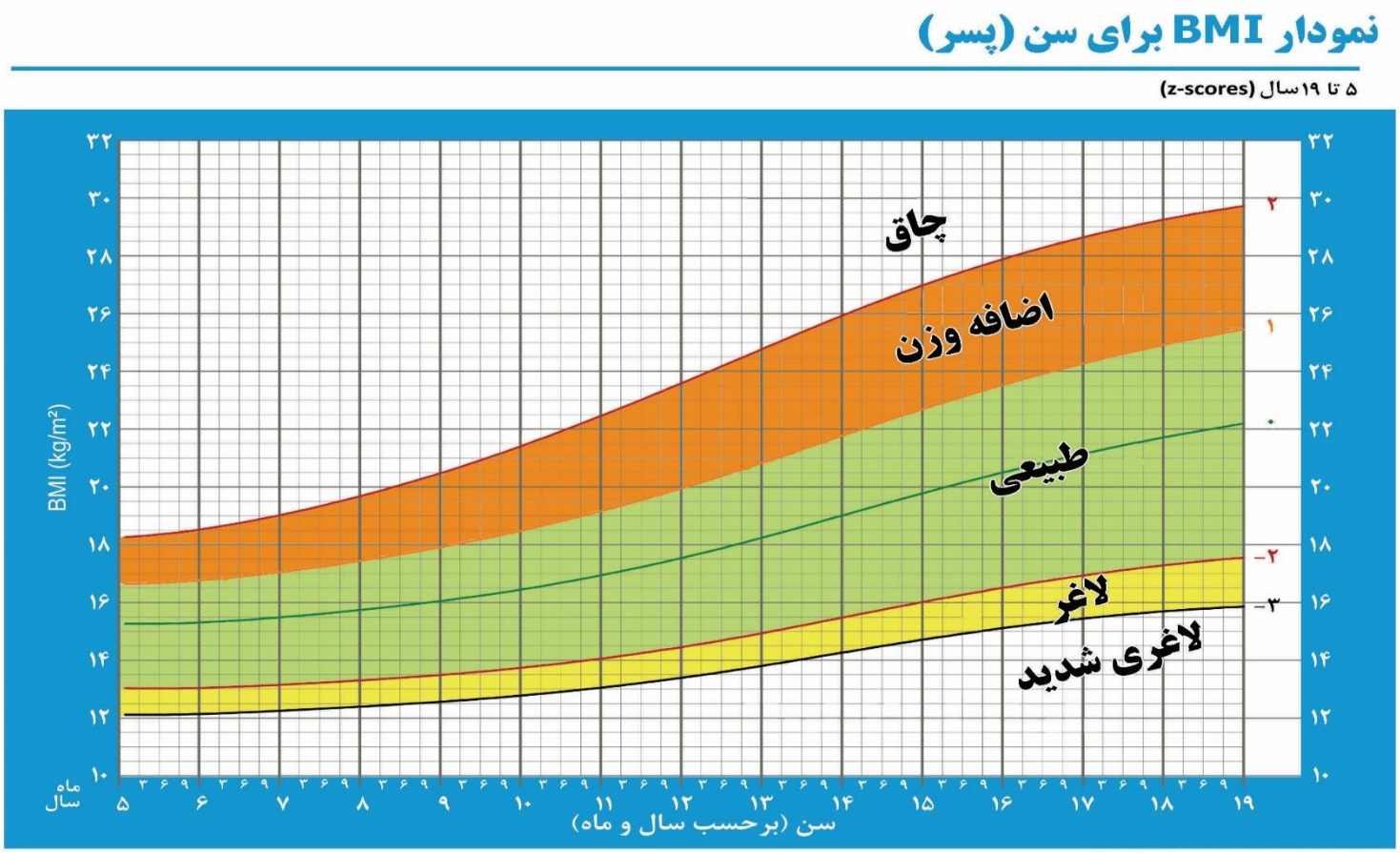
نمودار قد برای سن (پسر)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

نمایه توده بدنی– پسران (19–5 سال)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

Blood Pressure Levels for Boys by Age and Height Percentile

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90th	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95th	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99th	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50th	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90th	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95th	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99th	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50th	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90th	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95th	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99th	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50th	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90th	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95th	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99th	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50th	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90th	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95th	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99th	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50th	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90th	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95th	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99th	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50th	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90th	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95th	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99th	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50th	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90th	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95th	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99th	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50th	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90th	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95th	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99th	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90th	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95th	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99th	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90

Blood Pressure Levels for Boys by Age and Height Percentile (Continued)

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean.

For research purposes, the standard deviations in Appendix Table B–1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for boys with height percentiles given in Table 3 (i.e., the 5th,10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28%; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2–4 described in Appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1–4 as described in Appendix B.

Blood Pressure Levels for Girls by Age and Height Percentile

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90th	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95th	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99th	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50th	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90th	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95th	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99th	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50th	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90th	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95th	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99th	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50th	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90th	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95th	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99th	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50th	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90th	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95th	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99th	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50th	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90th	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95th	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99th	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50th	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90th	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95th	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99th	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50th	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90th	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95th	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99th	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50th	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90th	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95th	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99th	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88

Blood Pressure Levels for Girls by Age and Height Percentile (Continued)

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean.

For research purposes, the standard deviations in Appendix Table B–1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for girls with height percentiles given in Table 4 (i.e., the 5th,10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28%; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2–4 described in Appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1–4 as described in Appendix B.